

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

N° 64

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Eugène-Jean-François BANCAUD

Né le 12 Avril 1912 à Chartres (Eure-et-Loir)

Interne des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'étude
des indications et de la technique
de la
GASTRECTOMIE
après échec de la gastro-entérostomie

(Travail de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu)

Président : M. MONDOR, Professeur.

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1941

ANNÉE 1941

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Eugène-Jean-François BANCAUD

Né le 12 Avril 1912 à Chartres (Eure-et-Loir)

Interne des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'étude
des indications et de la technique
de la
GASTRECTOMIE
après échec de la gastro-entérostomie

(Travail de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu)

Président : M. MONDOR, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.). Hydrologie.
 BÖNNET Bactériologie.
 BOULANGER . Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD ... Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE
 (Roger) Urologie.
 DELARUE ... Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREGZ (H.). Physique.
 DESOILLE ... Médecine légale.
 DIGONNET .. Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BREN-
 TANO..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD ... Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-
 VILLARS ... Anatomie pathologique.
 N... Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY.. Pharmacologie.
 MARCHAL ... Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET .. Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAIL-
 LIS Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique.

MM.

LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER .. Obstétrique.
 NEVEU-
 LEMAIRE ... Parasitologie.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
DONZELOT.		D'ALLAINES.	
DUVOIR.		FEY.	
GASTINEL		LEVEUF.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
LIAN.		MOURE.	
MOREAU		QUÉNU.	
SÉZARY.			
	MM.		
	ECALLE.	} Clinique obstétricale.	
	METZGER.		
	PORTES.		
	VIGNES.		

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
N... ..	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DU MEDECIN-CAPITAINE VIAL

Médecin-chef du 6^e R. I. C.

Mort au champ d'honneur (mai 1940).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON GRAND'ONCLE

LE DOCTEUR JULES SIMON

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

(in memoriam)

A MON PERE

JEAN-GEORGES BANCAUD

Docteur en Pharmacie

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

A MA MERE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR
Professeur de Pathologie Chirurgicale

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

Professeur de Clinique Chirurgicale

*En reconnaissance de l'amicale bienveillance
qu'il m'a toujours montrée, témoignage de ma
profonde gratitude.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SENEQUE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Il m'a inspiré ce travail et conseillé dans sa réalisation. En de multiples circonstances il m'a témoigné une paternelle amitié.

Qu'il trouve ici l'hommage de ma grande reconnaissance et de mon profond attachement.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHON
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BOPPE
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. VIGNES
Accoucheur de l'Hospice des Enfants-Assistés

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BAUDIN
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOULIE
Médecin des Hôpitaux de Paris

A MES CONFERENCIERS D'INTERNAT

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVY-VALENSI

MONSIEUR LE DOCTEUR KINDBERG

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEZARY

INTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIGNES

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHON

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

MONSIEUR LE DOCTEUR BOPPE

INTRODUCTION

Nous voulons simplement rapporter dans ce travail les 17 observations d'échecs de Gastro-entérostomie, traités par Gastrectomie secondaire, par notre maître le professeur agrégé SÉNÈQUE, dans le service de notre maître le professeur CUNÉO, à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Nous nous efforcerons d'insister sur quelques points cliniques et chirurgicaux qui nous ont paru particulièrement intéressants. Et nous décrirons la technique qu'a employée notre maître Sénèque au cours de ces réinterventions.

Nous n'envisagerons pas ici le traitement des fistules jéjuno-coliques. Notre maître SÉNÈQUE, malgré leur relative fréquence, n'en a jamais rencontré.



INDICATIONS OPÉRATOIRES

CLASSIFICATION DES OBSERVATIONS

Il nous a paru simple et clinique de diviser en deux groupes l'ensemble de nos 17 observations.

a) les malades ayant eu une gastro-entérostomie pour ulcère gastrique;

b) les malades ayant eu une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal.

Une seule observation sort de ce cadre, c'est celle d'une malade ayant été opérée pour une sténose du pylore secondaire à une périviscérite duodéno-vésiculaire. Nous la rapporterons uniquement pour son intérêt chirurgical.

I. - MALADES OPERES POUR ULCERE GASTRIQUE

Dans ce groupe nous avons huit observations que l'on peut diviser comme suit :

a) Malades ayant présenté un ulcère gastrique à la réintervention : six observations.

L'âge des malades au moment de la réintervention est de :

38, 48, 63, 55, 40, 49 ans.

Le laps de temps écoulé entre la gastro-entérostomie et la gastrectomie est de :

13, 5, 5, 5, 3 et 9 ans, soit un laps de temps de 7 ans environ pour chaque malade.

Un seul malade avait eu sa gastro-entérostomie à la suite d'une perforation d'ulcère.

A la réintervention dans les six cas nous avons trouvé une bouche de gastro-entérostomie siégeant à gauche sur l'estomac jusqu'à 15 cm. du pylore. 5 fois sur six nous avons pu établir la continuité gastro-jéjunale en amont de l'ancienne bouche.

b) Malades chez qui nous avons trouvé un ulcère peptique à l'intervention : 2 observations.

Ces malades ont eu leur réintervention à l'âge de 52 et 47 ans. Le laps de temps écoulé entre les deux interventions fut de 5 et 11 ans.

Ces deux malades avaient été opérés pour ulcère simple.

A la réintervention, la bouche fut trouvée dans un cas sur une anse jéjunale longue et à gauche sur la grande courbure de l'estomac.

II. - MALADES OPÉRÉS POUR ULCÈRE DUODÉNAL

Dans ce groupe, nous avons également huit observations que l'on peut diviser comme suit, d'après les lésions retrouvées à l'intervention :

a) Chez trois malades, nous avons retrouvé à l'intervention un ulcère du duodénum.

L'âge des malades au moment de la deuxième intervention est 30, 50, 44 ans.

Entre les deux interventions, nous trouvons un laps de temps de 6, 5 et 2 ans.

Un seul malade avait été opéré d'une perforation d'ulcère.

Chez un de ces malades, à l'intervention, nous avons trouvé une anse intestinale longue et située à gauche sur la grande courbure.

b) Chez deux malades, il fut retrouvé à la réintervention, une gastrite chronique.

L'âge des malades, à la date de la deuxième intervention, est de 27 et 43 ans.

Le laps de temps entre les deux interventions a été de 5 et 12 ans.

Dans les deux cas, la bouche était à gauche sur l'estomac et l'anse longue permit une nouvelle bouche en amont sur le grêle.

c) Chez deux autres malades, il fut retrouvé, à la réintervention, un ulcère de l'estomac, sans traces de l'ulcère du duodénum.

L'âge des malades est de 37 et 63 ans.

Le laps de temps entre les deux interventions a été de 2 et 8 ans.

Un malade avait été opéré d'ulcère perforé et l'autre d'un ulcère calleux.

Dans les deux cas, la gastro-entérostomie était à anse longue et à gauche sur l'estomac.

d) Dans un dernier groupe, nous isolons l'observation d'un homme de 62 ans pour lequel une réinter-

vention fut décidée devant l'importance des signes fonctionnels et généraux et le mauvais fonctionnement de la bouche anastomotique à la radio. Ce malade présentait à l'intervention une hernie des anses grêles trans-mésocolique. Nous reviendrons sur l'importance des examens préopératoires qui permettent parfois d'éviter de semblables erreurs de diagnostic.

Enfin, nous rapportons l'observation d'un malade qui avait été opéré pour un syndrome de sténose pylorique et qui avait subi une gastro-entérostomie.

Le malade était âgé de 35 ans lors de sa deuxième intervention, avec un laps de temps de 4 ans entre les deux interventions.

La bouche fut trouvée sur anse intestinale longue et à gauche sur l'estomac.

Le laboratoire montra l'existence d'une importante gastrite chronique.

ETUDE CLINIQUE

De l'ensemble de nos observations, un certain nombre de déductions cliniques, radiologiques et chirurgicales peuvent être retenues.

Un interrogatoire complet devra obtenir du malade un maximum de précisions sur les caractères de son syndrome douloureux.

Un gastro-entérostomisé qui souffre n'est pas obligatoirement un candidat à la gastrectomie. En effet, c'est le seul examen clinique qui permettra, bien souvent, d'éviter une réintervention chez un certain nombre de sujets purement fonctionnels;

de différencier les douleurs vésiculaires ou appendiculaires de douleurs gastriques;

d'éliminer de ces réinterventions les malades chez lesquels la gastro-entérostomie avait été pratiquée avec de mauvaises indications, pour ptose ou atonie gastrique, sans lésions ulcéreuses.

Enfin, l'examen clinique permettra de reconnaître une affection chirurgicale pouvant simuler d'assez près une crise douloureuse gastrique, comme le montre l'observation d'un de nos malades (obs. 8) qui fut opéré deux ans après sa gastro-entérostomie, d'un syndrome d'occlusion. Par contre il nous est

arrivé une fois de méconnaître jusqu'à la fin de la réintervention une hernie transmésocolique des anses grêles (obs. 16).

Lorsque les symptômes accusés par les malades sont dûs à l'échec de la gastro-entérostomie, il est difficile de reconnaître d'après eux la cause de cet échec.

Tous nos malades ayant eu leur G. E. pour ulcus gastrique sont revenus nous consulter avec un syndrome ulcéreux assez typique ; et il est impossible par l'histoire clinique de différencier les deux malades porteurs d'ulcères peptiques (obs. 7 et 8), des 6 autres où l'on retrouva un ulcère de la petite courbure à la réintervention (obs. 1 à 6). Signalons cependant que dans les deux cas d'ulcère peptique les malades présentèrent des hémorragies, alors que, sur les 6 malades chez qui nous avons trouvé un ulcère de la petite courbure, un seul eut des hémorragies entre ses deux interventions (obs. 5).

Tous nos malades, ayant eu leur gastro-entérostomie pour ulcère duodénal, sont revenus consulter avec un tableau clinique de douleurs, vomissements, avec ou sans hémorragies ; et rien à notre avis ne peut cliniquement permettre de distinguer une gastrite chronique (obs. 12) de toute autre histoire ulcéreuse. Les phases d'accalmies semblent aussi nettes, les douleurs aussi violentes.

L'examen de nos observations nous montre en outre que, sauf dans deux cas, nos malades ont présenté

une période d'accalmie dans les années qui ont suivi la gastro-entérostomie. Ce laps de temps est loin d'être uniforme, variant de 13 ans (obs. 1) à un an. Ce laps de temps ne donne aucune indication sur la cause de l'échec. Un malade est réopéré pour récurrence ulcéreuse après 12 ans de latence (obs. 1); d'autres après 5 ou 2 ans (obs. 5). Un malade présentant une gastrite chronique à la réintervention est bien portant pendant 12 ans (obs. 13), un autre 5 ans seulement (obs. 12).

L'âge des malades n'est pas en rapport avec la cause de la nouvelle affection; gastrite chronique, ulcère peptique, récurrence ulcéreuse se voient aussi bien chez un malade jeune que chez un gastro-entérostomisé ayant la soixantaine (obs. 1, 12 et 15 par exemple).

En somme les renseignements que nous a fournis l'examen clinique, permettent d'apprécier l'importance du syndrome fonctionnel, de l'altération de l'état général; ce qui pousse à pratiquer un examen radiologique complet.

ETUDE RADIOLOGIQUE

L'examen radiologique aura un double but : rechercher la persistance ou la disparition de la lésion ancienne, étudier le fonctionnement de la gastro-entérostomie.

Si l'on compare les résultats de nos examens radiologiques avec les lésions trouvées à l'intervention, on voit que :

(Nous éliminons deux examens qui nous ont paru sans valeur.)

Pour 5 ulcères gastriques trouvés à l'intervention, trois fois la niche correspondant à la lésion a été vue à la radio (obs. 4, 5 et 6).

Sur deux ulcères peptiques, aucun n'a été soupçonné.

L'interprétation des images duodénales est encore plus délicate : une fois sur trois l'ulcère a été reconnu (obs. 10).

Dans l'observation 11 l'examen conclut à une image anormale au niveau de la bouche de gastro-entérostomie, alors qu'à l'intervention on trouve l'ulcère duodénal ancien.

Les deux récidives d'ulcère gastrique chez des malades opérés d'ulcère duodénal sont passées inaperçues (obs. 14 et 15).

En somme, malgré leurs résultats incertains, on ne peut négliger la valeur des clichés radiographiques. Pour onze récives d'ulcère, quatre fois seulement, ils ont permis de diagnostiquer la lésion.

La radioscopie permet d'apprécier la mobilité du duodénum, de l'estomac et de la bouche de gastro-entérostomie. Elle permet de rechercher l'existence de points douloureux au niveau des lésions anciennes et de la bouche de G. E.

La radioscopie montre encore la façon dont l'estomac s'emplit, se contracte et se vide.

Dans la majorité des cas où nous sommes réintervenues, nous avons à la radioscopie un fonctionnement tout à fait anormal de la bouche de gastro-entérostomie. (Nous en rapportons les aspects les plus typiques dans trois schémas.)

L'estomac est très souvent déformé : poche verticale en forme d'aubergine, extrêmement distendu, avec un bas-fond très dilaté, en forme de corne d'abondance (obs. 1, 2, 3, 9 et 15).

L'estomac est abaissé aux crêtes iliaques ou au-dessous (obs. 5, 6, 12 et 13).

L'évacuation peut être normale avec passages réguliers par la bouche gastro-jéjunale; bien souvent elle est pénible, elle se fait en majorité par la voie pyloro-duodénale, ce qui oblige l'estomac à fournir des contractions violentes. Les observations 4, 6 et 14 en sont les plus typiques.

Enfin dans quelques cas le syndrome est complet (obs. 2, 8, 13 et 15).

Dans l'ensemble de ces observations, qu'il s'agisse d'estomac déformé, ptosé, ayant une évacuation pénible ou présentant un syndrome plus ou moins accentué de sténose, nous avons remarqué qu'il se formait entre le pylore, d'une part, et la bouche de gastro-entérostomie, toujours éloignés du pylore, un grand cul-de-sac gastrique. L'évacuation de la baryte contenue dans ce cul-de-sac est toujours retardée, surtout lorsque le pylore est peu perméable, car l'examen montre qu'elle ne peut être évacuée par la bouche de gastro-entérostomie, que par des mouvements anti-péristaltiques de l'estomac.

Nous sommes loin dans tous ces cas des conditions essentielles qui accompagnent le bon fonctionnement radiologique de la bouche de gastro-entérostomie.

Il s'agit d'une question qui fut fort débattue; toutefois un ensemble de points paraissent acquis. Il nous semble indispensable de rappeler ici ces conditions. Nous ferons dans cette description de larges emprunts à l'atlas radiologique (DUVAL, ROUX, BÉCLÈRE).

Après gastro-entérostomie l'estomac est généralement plus petit qu'avant l'intervention.

« Dès que la substance opaque arrive au point déclive de l'estomac, on la voit se précipiter à travers la bouche et pénétrer dans la branche efférente du jéjunum; la bouche béante commence à vider l'estomac, comme une bonde un tonneau; puis plus ou moins vite, mais en général très rapidement, un rythme régulier s'établit, et l'évacuation gastrique se

fait par bouchées régulièrement espacées; les ondes gastriques dirigent le contenu vers la bouche...

« Il nous a paru plus rare que la bouche, comme le pylore normal, fut un certain temps fermé, avant que de laisser passage au contenu de l'estomac; c'est un



FIG. 1. — 2 images de gastro-entérostomie faite en bonne place, au point décliye de l'estomac, tout près du pylore. (D'après Duval, Roux : Atlas radiologique).

orifice vivant qui donne l'impression d'être maître de ses contractions ou de son relâchement...

« On doit tenir pour anormale une évacuation continue faite par l'anastomose, exception faite pour les premiers temps qui suivent l'intervention, car il est des estomacs qui avant de retrouver leur contractilité se vident comme tonneaux en perce...

« L'inspection de l'anse jéjunale efférente la montre très souvent dilatée, sur une longueur variable, habituellement 15 à 20 cm. à partir de la bouche. On a l'impression que le jéjunum non habitué à recevoir si brusquement, soit une portion si copieuse de

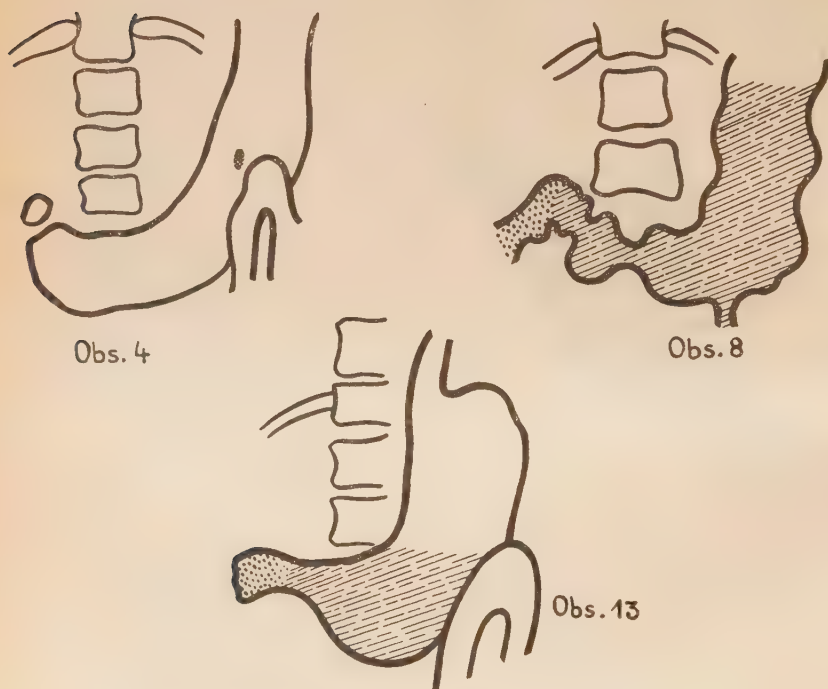


FIG. 2. — 3 images de gastro-entérostomie faite en mauvaise place.

liquide, soit un contenu sous si haute pression, se dilate dans son premier segment, puis ayant régularisé, et le débit et la pression de son contenu, reprend bientôt son calibre normal...

« Le temps d'évacuation est variable : en moyenne de une à trois heures, plus court il semble anormal. »

Rappelons, enfin, que si la gastro-entérostomie a été faite pour une sténose organique prononcée, il n'est pas rare de constater, dans les mois qui suivent la gastro-entérostomie, une réapparition progressive de la tonicité gastrique.

Lorsque la gastro-entérostomie a été faite pour un ulcère sans sténose, dans la majorité des cas le contenu gastrique continue à s'évacuer, même si le malade ne présente aucun trouble clinique, aussi bien par le pylore que par la bouche de gastro-entérostomie, et cela avec une importance variable avec les malades et avec le moment où l'on examine ces malades.

DEDUCTIONS CHIRURGICALES

Les signes anormaux que nous a montrés l'examen radioscopique ont été confirmés par l'intervention et l'examen des pièces opératoires.

En effet, lorsqu'on examine les pièces opératoires, il est impossible de ne pas être frappé par le fait suivant :

Nous avons pu constater que 13 fois sur 17 la gastro-entérostomie était à anse longue et à gauche. Le terme d'anse longue est employé pour tous les cas où il a été possible de fermer la bouche jéjunale et d'établir après gastrectomie l'anastomose gastro-jéjunale en amont de l'ancienne bouche jéjunale. Ceci a été possible 13 fois sur 17; dans un cas nous avons dû établir la nouvelle bouche en aval de l'ancienne; dans deux cas l'ancienne bouche jéjunale a pu nous servir pour la nouvelle anastomose.

Quatorze fois sur 17, la bouche de gastro-entérostomie était à plus de 5 cm. de l'orifice pylorique, nous l'avons souvent relevée à 7 et 9 cm., et même 15 cm. (obs. 6).

Cette situation trop à gauche et sur une anse trop longue, entraîne, comme nous l'avons constaté à la radioscopie, la formation d'un cul-de-sac au niveau de l'antré pylorique où séjournent les aliments; cette

stagnation des aliments entretient l'hypersécrétion de la muqueuse.

Comme le dit GUTMANN, l'estomac se retrouve placé dans les conditions qui, chez ces sujets spéciaux que sont les ulcéreux, président à la formation locale de l'ulcère. « Très près de la réviviscence de l'ulcus, se placent les poussées de gastrite chez les gastro-entérostomisés. »

Nous pensons que, dans nos observations, provoquées par cette situation défectueuse de la bouche gastro-jéjunale, nous retrouvons les multiples formes que peut revêtir la maladie ulcéreuse. Celle-ci s'est traduite par la reprise d'évolution de l'ulcère dans 6 cas, par une gastrite banale (obs. 12 et 17), par une gastro-jéjunite avec rétrécissement de la bouche (obs. 4, 8 et 13), par une nouvelle localisation ulcéreuse (ulcères péptiques : obs. 6 et 8; ulcères gastriques simples ou calleux : obs. 2, 14 et 15).

Comment expliquer cette mauvaise disposition de la bouche de gastro-entérostomie ? Certains voudraient voir dans cette disposition un déplacement vers la gauche d'une bouche primitivement bien placée; ceci ne nous paraît pas possible, car elle devrait toujours entraîner vers la gauche la région pylorique, si telle avait été sa situation initiale.

L'explication de cette situation de la bouche à distance du pylore provient, à notre avis, de la technique suivant laquelle la gastro-entérostomie a été pratiquée; ceux qui, dit SÉNÈQUE, effectuent cette opération en descendant l'estomac à travers le méso-

colon, pour le réunir au jéjunum auront une tendance à ne pas situer la bouche près du pylore, et si en même temps ils veulent opérer aisément hors de l'abdomen, ils extériorisent plus qu'il ne faudrait l'anse jéjunale et réalisent ainsi la gastro-entérostomie à anse longue et à gauche.

Au contraire ceux qui pratiquent la gastro-entérostomie après décollement colo-épiploïque ou section du ligament gastro-colique montent la première portion jéjunale à travers le mésocolon, et peuvent ainsi, de manière certaine, placer la bouche près du pylore.

Rappelons qu'HARTMANN, parlant de la gastro-entérostomie pour ulcère, disait : « La bouche doit se trouver près de l'antra pylorique, elle doit affleurer par son extrémité inférieure la grande courbure, en son point le plus déclive. Cela oblige évidemment à mettre plus de soin dans le passage de l'aiguille à suture, car de nombreux vaisseaux se trouvent près de la grande courbure, c'est le seul moyen d'éviter la stagnation dans le cul-de-sac adjacent à la bouche anastomotique. »

Telle est la cause majeure qui semble expliquer ces échecs de la gastro-entérostomie.

Et ceci explique peut-être l'extrême variabilité des statistiques concernant la fréquence des ulcères peptiques post-opératoires. Leriche, dans son rapport au Congrès français de chirurgie de 1931, après avoir évoqué de multiples causes permettant d'expliquer la production de ces ulcères, insistait sur le rôle fâcheux de cette stase dans la région prépylorique :

« Toutes les observations ne sont pas complètes à ce point de vue. Mais beaucoup d'opérateurs notent la rétention gastrique. Alessandri signale que, dans 12 de ses 50 cas, la gastro-entérostomie ne fonctionnait pas du tout. Pauchet, Delore, Lambret ont remarqué que l'estomac se vidait mal. »

Et dans ses conclusions, Leriche dit : « L'ulcère post-opératoire apparaît, mais rarement, après la gastro-entérostomie bien faite, de une demie à 5 fois sur 100. »

Sans doute cette stase pré-pylorique ne peut pas tout expliquer et dans trois de nos observations, à l'intervention la bouche de gastro-entérostomie fut trouvée en bonne place (obs. 7, 10 et 11). Notons la légère discordance existant entre les examens radioscopiques et les résultats de l'intervention dans les observations 10 et 11. D'autres causes alors, peut-être secondaires, ne doivent pas être éliminées pour expliquer ces échecs. La petitesse de la bouche a été invoquée par beaucoup d'auteurs. STULZ a vu un ulcère peptique apparaître le sixième jour d'une anastomose au bouton. Il ne semble pas qu'une cause aussi mécanique puisse expliquer les longues périodes d'accalmies que peuvent présenter ces malades qui pendant 5 à 8 ans ont pu vivre dans un état voisin de la guérison. Il est alors permis de se demander si les troubles rencontrés chez ces malades ne tiennent pas au fait qu'il s'agit, le plus souvent d'hommes, moins dociles, suivant avec moins de régularité leur régime

alimentaire; et si le tabac, les excès de nourriture, les écarts de boisson ne jouent pas un rôle non négligeable dans la cause des échecs de gastro-entérostomie.

« Il ne faut pas croire, disait LERICHE en terminant son rapport, que le problème de l'ulcère post-opératoire soit entièrement résolu. Du point de vue thérapeutique et prophylactique, bien des faits obscurs restent à éclaircir. » Nous pensons que notre modeste statistique contribuera à l'étude de ces faits mal connus.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

LES DIFFICULTES DE L'INTERVENTION

Les difficultés de cette réintervention sont dues soit aux adhérences banales secondaires à toute intervention, mais plus souvent à l'inflammation lente mais constante qui accompagne l'évolution de tout ulcère gastrique, duodénal, ou peptique. Ces difficultés de la réintervention ont été longuement décrites dans la thèse de VAUCLIN et nous ne ferons ici que les rappeler.

1° ETAGE SUS-MÉSOCOLIQUE : il n'est pas rare que l'épiploon, dont la coalescence pariétale est si fréquente, remonte sur la face antérieure des différents organes de voisinage : foie, estomac, et parfois même jusqu'à la coupole diaphragmatique, dont il faut le détacher.

La face antérieure gastrique peut être en partie recouverte en bas, au long de la grande courbure par le méso rétracté; en haut par le lobe gauche du foie qui forme couverture à la grande courbure.

Les adhérences hépatiques à la petite courbure sont particulièrement développées dans les ulcères gastriques.

D'autrefois le maximum de difficultés sera au niveau du carrefour anatomique qui entoure la première portion du duodénum, située entre voie biliaire et tête pancréatique.

Ces adhérences atteignent leur maximum lorsqu'on réintervient pour un ulcère ayant été perforé ou encore en évolution. S'il est en général plus facile de libérer la face antérieure du duodénum des organes qui la recouvrent, les ulcères de la face postérieure du duodénum sont souvent pénétrants ou adhérents, rendant plus intimes les rapports du duodénum avec le pancréas et les organes du pédicule hépatique.

Cette pénétration de l'ulcère dans le pancréas est précédée par l'épaississement de la capsule pancréatique et la substitution au tissu glandulaire d'un tissu inflammatoire dont l'aboutissant est la sclérose. Cette sclérose pancréatique entraînera au cours de l'intervention des hémorragies fréquentes dont l'hémostase est difficile.

2° ETAGE SOUS-MÉSOCOLIQUE : c'est au niveau du mésocolon que les difficultés seront parfois les plus grandes, surtout si l'on réintervient pour un ulcère peptique du jéjunum. La libération du mésocolon disait Pauchet, est au cours d'une gastrectomie « le temps le plus délicat ».

L'ulcère peptique qui siège le plus souvent sur la face antérieure du jéjunum, au voisinage de la bouche ou à son niveau ne va pas tarder à englober

dans son processus d'inflammation, si rapidement extensif, l'insertion mésocolique.

Le mésocolon, infiltré, petit à petit, se sclérose, se rétracte sur une étendue parfois importante, et attire le colon. Evidemment la disposition congénitale joue son rôle : un méso court favorisant une coalescence plus rapide des organes.

« Dans cette marche vers le colon, dit VAUCLIN, qui caractérise tellement l'ulcère peptique, et dont le dernier terme est représenté par la fistule, les vaisseaux mésocoliques, tout au moins l'arcade de Riolan nécessairement, seront gagnés par le processus et englobés par les callosités. »

Et l'on comprend que dans ces cas, les risques d'une plaie de la colique moyenne ou de l'arcade de Riolan soient considérables.

Le danger mésentérique, pour être moins grave et moins fréquent, n'en est pas moins réel. Et lorsqu'un ulcère jéjunal, même petit, occupe le bord mésentérique de l'anse, il est banal de constater des altérations du méso sous forme d'épaississement, de rétraction, d'œdème et d'adénopathies. Et une plaie du mésentère au cours de la libération mésocolique entraînerait une résection de l'anse jéjunale plus ou moins étendue.

SOINS PRE-OPERATOIRES

DISCUSSION DE L'ANESTHÉSIE.

Il est important, chez ces malades fatigués, avant de pratiquer la gastrectomie, de s'entourer d'un maximum de précautions.

L'examen complet du malade doit être minutieux; il faut tenir compte de l'état général du malade, des tares organiques qu'il peut présenter, et éviter d'opérer en période de crises douloureuses.

Nous hospitalisons nos malades une à deux semaines avant l'intervention et nous profitons de ce temps de repos pour faire les quelques examens de laboratoires qui nous semblent indispensables : temps de saignement et de coagulation, dosage de l'urée dans le sang et examen d'urine. Nous reculons le jour de l'intervention chez un malade présentant une anémie marquée ou une réaction leucocytaire avec polynucléose. (CHARRIER recommande de ne pas opérer les malades ayant une leucocytose supérieure à 8.000.)

La veille de l'opération, ou dans les trois jours qui la précèdent, chez les malades affaiblis, nous pratiquons une injection sous-cutanée de 500 cm. de sérum physiologique isotonique par jour.

Nous réservons les lavages d'estomac aux malades présentant une sténose organique avec vomissements de stase.

Nous faisons systématiquement chez nos malades une radiographie pulmonaire qui contribuera à nous décider sur le mode d'anesthésie. Nous réservons l'anesthésie locale (associée au lavement anesthésique) aux malades ayant un passé pulmonaire douteux ou présentant une image pulmonaire un peu anormale.

Mais comme notre maître SÉNÈQUE l'a dit à l'Académie de Chirurgie, en rapportant les résultats de ses gastrectomies, nous sommes restés fidèles à l'anesthésie générale dans tous les autres cas. En prenant ces précautions, nous n'avons jamais remarqué que les complications pulmonaires survenant après anesthésie générale, fussent plus fréquentes et plus graves que celles survenant après anesthésie locale.

INTERVENTION

Que nos malades aient une anesthésie locale ou générale, ils reçoivent, une heure avant l'intervention, un lavement anesthésique de base contenant : 3 gr. de bromure et 3 gr. de chloral; et une demi-heure avant l'intervention une injection de 1 ctg. de chlorhydrate de morphine; si bien qu'ils sont apportés somnolents sur la table d'opération, ce qui permet de leur donner un minimum d'anesthésie générale.

Nous prenons comme anesthésique général l'éther ou le mélange de Schleich. Le cyclopropane que nous avons employé plusieurs fois dans nos gastrectomies nous a donné de bons résultats; malheureusement son emploi proscriit l'usage du bistouri électrique.

Notre anesthésie locale est faite en infiltrant progressivement la paroi à partir de la ligne médiane. L'infiltration du tissu sous-épidermique permet l'incision d'emblée.

La paroi incisée, l'anesthésie est ensuite complétée par l'infiltration du plan musculaire et du tissu sous-péritonéal; cette infiltration du tissu sous-péritonéal doit être très étendue et massive, elle est la condition majeure d'un bon résultat.

Cette anesthésie pariétale sera la seule pratiquée; nous n'infiltrons pas les mésos, ni la faux de la coronaire; nous évitons simplement de tirer brusque-

ment les viscères, et nous serrons doucement nos ligatures. Ce procédé donne une excellente anesthésie locale, les malades ne poussent et ne se plaignent pas au cours de l'intervention.

Nous trouvons inutile de faire une incision longue. Sauf chez les malades où la distance xypho-ombilicale est particulièrement étroite, l'incision commence à 2 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde et se termine au-dessus de l'ombilic. En effet, l'estomac est un organe thoracique en position couchée, sous-costal, et le péritoine péri-ombilical se laisse mal réparer.

Nous n'avons pas la pratique de l'incision à travers la gaine du grand droit, que conseille LERICHE pour éviter les éventrations tardives.

Notre instrumentation est banale. Tous nos surjets sont cousus à l'aiguille de couturière ou à la petite aiguille enfilée. Nous employons le fil de lin n° 1. Nos fils sont passés avant usage dans l'huile goménolée.

PREMIER TEMPS

LIBÉRATION DE L'ANASTOMOSE GASTRO-JÉJUNALE

Le péritoine étant ouvert, commence alors le temps le plus important et souvent le plus laborieux de l'intervention. La première intervention n'ayant pas été le plus souvent exécutée par le chirurgien qui pratique la seconde, ce premier temps réclame beaucoup de prudence.

La simple ouverture de l'abdomen est parfois la cause de difficultés par suite des adhérences pariétales, épiploïques ou viscérales, si commune dans toute réintervention.



FIG. 3. — La dégastro-entérostomisation (d'après Thalheimer). Libération du méso-colon ; notez la dilatation de l'anse jéjunale.

A) Recherche des lésions anciennes

Tout en libérant à la compresse, ou en sectionnant entre deux ligatures les adhérences épiploïques, nous commençons par rechercher les lésions anciennes.

Si la gastro-entérostomie a été pratiquée pour ulcère du duodénum, on note la persistance ou la disparition de l'ancien ulcère.

S'il persiste, il peut être antérieur, et il sera, en général, facile de le libérer de la face inférieure du foie. S'il est postérieur, il peut adhérer au pancréas ; ces adhérences parfois étendues pourraient peut-être dans certains cas, obliger à se contenter d'une résection pour exclusion.

S'il s'agit d'une gastro-entérostomie pratiquée pour ulcère de la petite courbure, il faut préciser les possibilités de l'exérèse. Si l'ulcère est haut situé, sur la petite courbure, près du cardia, très adhérent et envahissant, et que nous pensions que l'intervention fait courir un risque immédiat mortel au malade, il est inutile d'aller plus loin et on ne peut que laisser le malade porteur de sa gastro-entérostomie, même si celle-ci s'accompagne de divers troubles.

On peut, enfin, se trouver en présence d'un néoplasme dont il faudra apprécier les possibilités d'exérèse dans le temps d'exploration.

B) *Examen de la bouche de gastro-entérostomie*

Lorsque duodénum et petite courbure sont dégagés, il faut se reporter vers la bouche de gastro-entérostomie en relevant le colon. C'est cette anastomose qu'il faut maintenant séparer de ses adhérences mésocoliques.

Tantôt, il est facile de libérer quelques adhérences lâches, mais les difficultés peuvent être grandes lors-

qu'on réintervient pour un ulcère du jéjunum ou un ulcère de l'estomac situé près de la grande courbure.

C'est au doigt, au bistouri ou à l'aide des petits ciseaux courbes que l'on va progressivement libérer

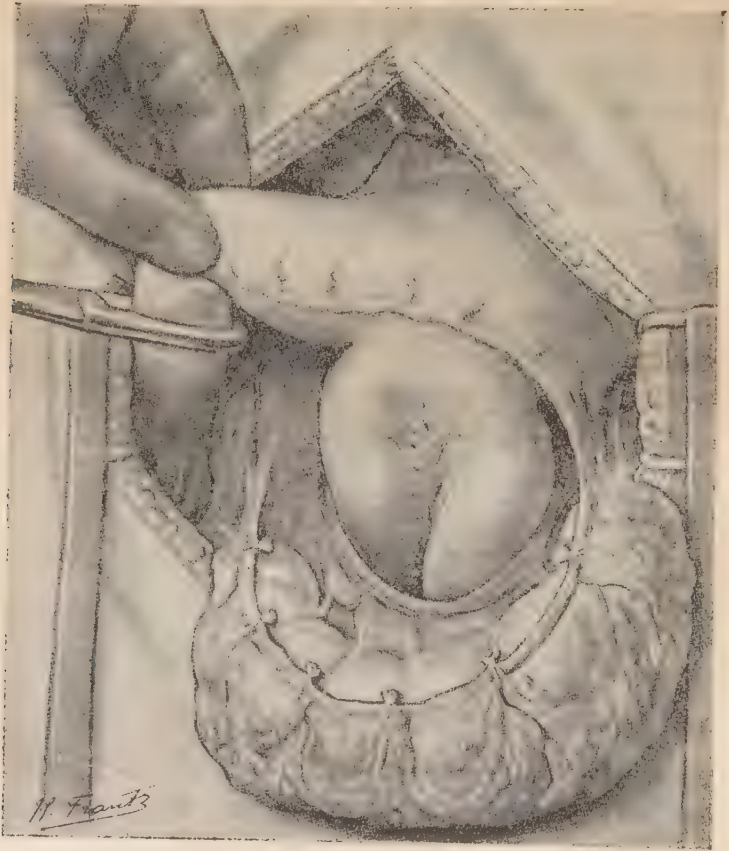


FIG. 4. — La bouche de gastro-entérostomie a été libérée et le chirurgien se reporte vers l'étage sus-mésocolique.

les adhérences jéjuno-jéjunales ou jéjuno-mésocoliques qui relient étroitement les organes.

Il faut travailler d'abord dans l'étage sous-mésocolique, se reporter ensuite à l'étage sus-mésocolique, en repérant au doigt ou par transparence, les vaisseaux mésocoliques, dont le trajet est souvent masqué par l'infiltration ou les adhérences. On ne doit pas perdre ces vaisseaux de vue, dans cette laborieuse dissection.

On arrive ainsi sur la bouche anastomotique que l'on sépare du mésocolon, en se maintenant au ras de la paroi intestinale.

« Ce temps, dit SÉNÈQUE, réclame prudence et lenteur d'exécution, car il faut, avant tout, éviter de blesser l'arcade vasculaire du mésocolon. »

Ainsi, lorsque se termine ce premier temps, la bouche de gastro-entérostomie, libérée de ses adhérences, peut être remontée librement au-dessus du mésocolon.

DEUXIEME TEMPS

SECTION ET FERMETURE DU DUODÉNUM

Nous nous reportons alors vers l'étage sus-mésocolique ; nous lions facilement aux bords supérieur et inférieur du duodénum, les artères pylorique et gastro-épiploïque droite, en les chargeant sur une pince de Kocher. Souvent, on peut lier la gastro-duodénale : le duodénum se trouve ainsi dégagé. On l'écrase à la pince de Pauchet, et on le sectionne, au bistouri, au ras de cette pince, côté aval. L'estomac est relevé en masse.

La fermeture du duodénum sera un temps important de l'intervention : déjà, en 1909, CUNÉO écrivait : « L'exécution de la fermeture du duodénum mérite une scrupuleuse attention ; une part importante des insuccès tient à l'insuffisance de cette fermeture. »

La difficulté de cette fermeture dépend de plusieurs facteurs : tout d'abord, le duodénum une fois coupé est un organe profond, et l'on est obligé de travailler au fond d'un puits. Pour faciliter cette fermeture, il est nécessaire qu'un deuxième aide refoule, par une grande valve, la face inférieure du foie.

D'autre part, si un petit ulcère de la première portion permet une section satisfaisante, il infiltre cependant suffisamment les parois de l'intestin pour rendre les tissus friables et coupants, lorsque l'on va passer les fils de suture.

Schématiquement, du reste, on peut dire que notre conduite sera différente dans trois cas :

a) dans les cas faciles, l'ulcère siégeant sur l'estomac ou sur le duodénum, près du pylore, après ligature des artères et section du duodénum, il reste un segment de duodénum de 15 à 20 mm. Dans ces cas, on peut faire une fermeture typique en trois plans de la façon suivante :

— les bords supérieur et inférieur du duodénum étant repérés par deux pinces de Chaput, placées à 5 mm. environ de la tranche de section et tirées par le premier aide, on fait un surjet par point total de Schmieden-Cunéo. (Pour éviter d'embrouiller les fils,

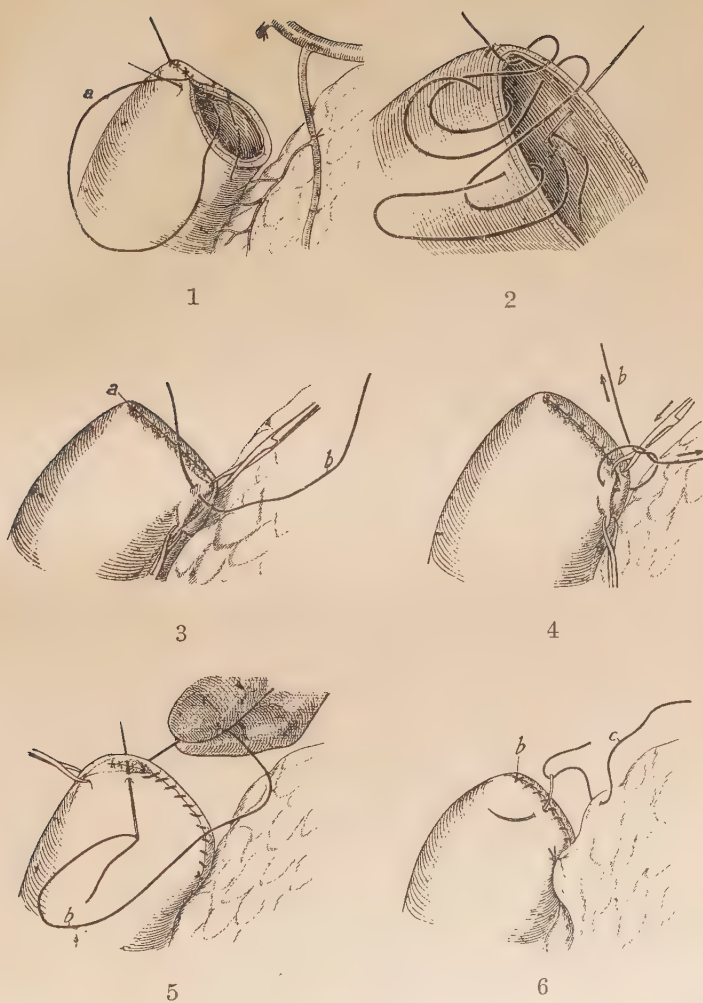


FIG. 5. — Fermeture du duodénum ; — 1-2. Surjet total au point de Schmielen-Cunéo ; — 3-4-5. Surjet séro-séreux avec enfouissement des angles ; — 6. Points réunissant le péritoine prépancréatique à la face antérieure du duodénum.

nous repérons toujours de la même façon les extrémités de nos surjets, en mettant, par exemple, une pince de Péan sur les surjets muqueux, et une pince de Kocher sur les surjets séro-séreux.)

Ce point de Schmieden-Cunéo est réalisé en allant de haut en bas, l'opérateur tend lui-même son surjet de sa main gauche. Le surjet est fait simple du côté opposé à l'opérateur, et il se trouve croisé du côté de l'opérateur. Le premier point du surjet est total sur le bord supérieur du duodénum ; le deuxième point pique la muqueuse de la partie supérieure de la tranche postérieure du duodénum.

— Ce surjet terminé, les pinces de Chaput sont alors reculées sur les bords duodénaux de 15 mm. environ, et l'on commence le premier plan séro-séreux en circonscrivant soigneusement l'angle que forme le bord inférieur du duodénum ; tandis que le premier aide invagine à l'aide d'une pince de Chaput la tranche de section duodénale à l'intérieur de D.I.

Ce premier plan séro-séreux terminé, un deuxième plan est fait en se servant du même fil.

Sur ce triple plan, on ramène par trois ou quatre points séparés le péritoine prépancréatique, ou une frange d'épiploon, afin de recouvrir totalement la face antérieure de la suture duodénale.

b) A vrai dire, cette fermeture n'est pas toujours aussi facile, car on peut réintervenir pour un ulcère calleux du duodénum. Dans ces cas, avant de sectionner, il faut se rendre compte des possibilités d'enfouissement que l'on aura.

Si la gouttière pancréatique est souple, non infiltrée et mobile, on peut se risquer à dégager le duodénum des 4 ou 5 mm. nécessaires pour faire un enfouissement suffisant. Cette séparation duodéno-pancréatique sera faite en restant au contact de la paroi intestinale pour éviter les hémorragies gênantes et difficiles à arrêter du tissu pancréatique.

Si le pancréas est infiltré, nous n'amorçons pas de décollement qui ne pourrait être qu'insuffisant ; le duodénum est coupé à 1 cm. de sa partie fixe, il est fermé par un premier surjet total au point de Schmieden-Cunéo, et par un deuxième surjet prenant mince du tissu postérieur (paroi duodénale ou péritoine pariétal) et large de la face antérieure du duodénum, qui se trouve ainsi ramenée franchement sur la tranche de section.

Enfin, on recouvre l'ensemble d'une épiplooplastie très soigneuse.

c) Dans les cas d'ulcère calleux, pénétrant et inextirpable (nous n'en avons pas rencontré dans les observations que nous rapportons), notre maître SÉNÈQUE conseille de pratiquer une résection pour exclusion type Finsterer, en enlevant toute la muqueuse gastrique. Cette résection pour exclusion ne sera faite que dans les cas où la gastrectomie ferait courir un risque mortel au malade ; si l'on craint une blessure du canal de Santorini ou de la veine porte, par exemple. Dans ce cas, il faut lier l'artère gastro-duodénale.

La fermeture du duodénum terminée, pour contrôler l'hémostase, une compresse est laissée au contact du moignon duodénal ; elle sera enlevée lorsque le temps gastrique sera fini.

TROISIEME TEMPS

SÉPARATION DE L'ANCIENNE BOUCHE DE GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Le duodénum étant fermé, le jéjunum est alors séparé de l'estomac. Le segment jéjunale est attiré au-dessus du mésocolon. Il n'est pas utile de mettre un clamp sur la partie gastrique ; le clamp traumatisé cette paroi et empêche d'évacuer les mucosités gastriques constantes et parfois abondantes.

Il est bon, par contre, de placer un clamp sur l'anse jéjunale si celle-ci paraît particulièrement dilatée et distendue par les liquides.

« Après avoir soigneusement protégé, dit SÉNÈQUE, par des compresses imbibées de sérum, le pourtour de l'ancienne bouche, on pratique la séparation gastro-jéjunale tandis que l'aide, aspirateur en main, assure la propreté du champ opératoire. »

La séparation est faite au bistouri ; on sectionne au niveau de la cicatrice, en mordant sur la paroi gastrique. Cette section terminée, deux ou trois pinces en cœur sont placées sur l'estomac pour en fermer la tranche d'ouverture.

L'aspect que présente le jéjunum est variable et la conduite à tenir dépend de la paroi intestinale et de la situation de la bouche.

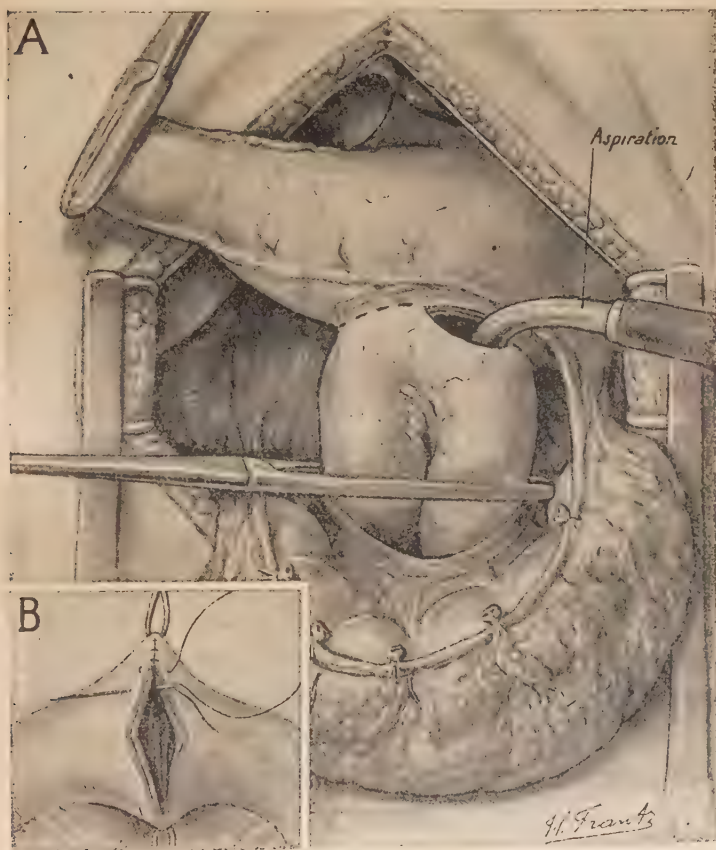


FIG. 6. — A, Séparation entre l'estomac et la bouche de gastro-entérostomie ; — B, Fermeture du jéjunum.

a) Dans les cas les plus favorables, la bouche est placée sur une anse courte de dimensions normales, sans jéjunite ni ulcère.

Il suffit alors de régulariser les bords aux petits ciseaux courbes, de faire l'hémostase des vaisseaux qui saignent, et la bouche peut être conservée pour une nouvelle réimplantation, après gastrectomie. Il arrive parfois qu'une bouche trop petite peut servir après un léger agrandissement; et nous avons rencontré un petit ulcus peptique siégeant tout près du bord, qu'il a suffi d'exciser pour se servir de l'ancienne bouche.

b) Dans les cas nombreux où la bouche de gastro-entérostomie a été placée sur une anse longue, il ne faut pas conserver cette bouche mais la fermer. Le jéjunum est suturé transversalement si la brèche est petite, longitudinalement si ses dimensions sont étendues. Le jéjunum est suturé simplement en deux plans, au fil de lin; le plan séro-muqueux étant fait au point total de Schieden-Cunéo.

c) On peut se trouver devant des lésions très accentuées secondaires à un large ulcère peptique; ces lésions peuvent conduire à une large résection intestinale, suivie d'anastomose termino-terminale. Dans aucune de nos dix-sept observations nous n'avons eu à pratiquer de résection intestinale.

QUATRIEME TEMPS

RÉSECTION DE L'ESTOMAC ; FERMETURE DU TIERS SUPÉ- RIEUR DE LA TRANCHE GASTRIQUE

La grande courbure est alors complètement dépouillée sur les $\frac{2}{3}$ de son étendue. En relevant com-

plètement l'estomac, de la main gauche, on présente ainsi en bas la faux de la coronaire qui est chargée sur un passe-fil de Deschamps. Cette ligature se fait

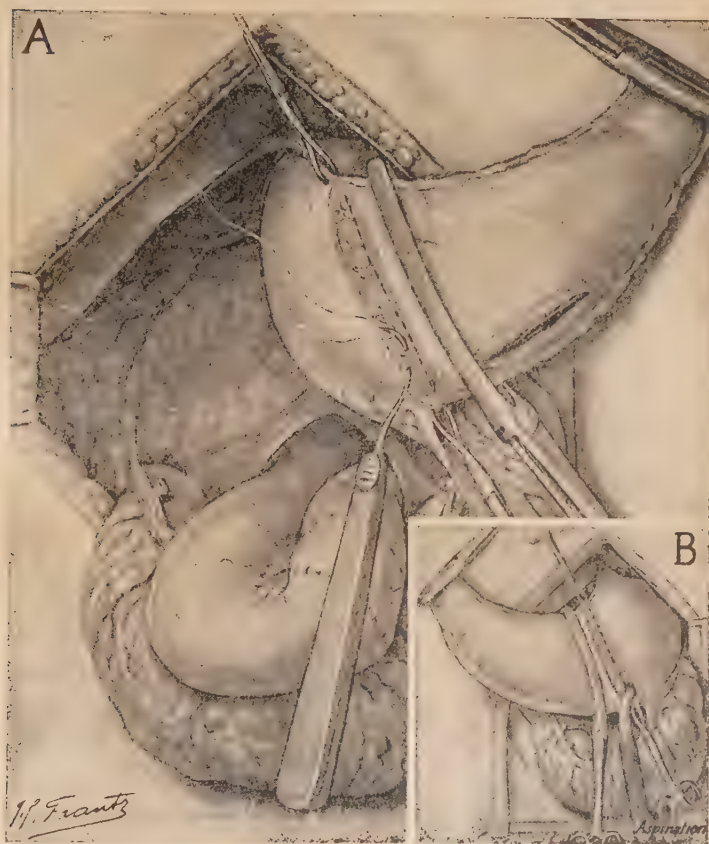


FIG. 7. — Section de l'estomac avec ligatures isolées des vaisseaux de la muqueuse ; — A, Face postérieure ; — B, Face antérieure.

haut, en une ou deux fois, suivant l'étalement du pédicule coronarien.

Le segment distal, gastrique de la coronaire est fixé par une pince de Kocher. Lorsque l'artère est liée et coupée, il suffit de tirer légèrement sur cette pince, pour dépouiller suffisamment, de 2 cm. environ, la petite courbure de ses vaisseaux, ce qui permettra un enfouissement parfait de la moitié supérieure de la tranche de section gastrique.

Deux pinces de Chaput, placées aux deux bords de l'estomac, permettent de délimiter la ligne de section, sensiblement horizontale ou légèrement en bas et à gauche.

Toute la couche séro-muscleuse de la face antérieure de l'estomac est alors incisée au bistouri transversalement; elle se rétracte et laisse apparaître les petits vaisseaux de la couche sous-muqueuse. Ceux-ci sont liés séparément et directement au catgut 00, à l'aide de la petite aiguille courbe de Reverdin.

Le même temps est ensuite effectué à la face postérieure de l'estomac.

Un clamp est placé sur la tranche gastrique qui sera enlevée, et l'estomac sectionné aux ciseaux. Une valve est placée profondément à l'intérieur du moignon gastrique, pour permettre d'évacuer à l'aspirateur tout le liquide qui pourrait rester dans le fond de ce moignon.

La partie supérieure de la brèche gastrique est fermée de façon à conserver une bouche de 7 à 8 cm. Cette fermeture est faite en trois plans : premier plan, point total de Schmieden-Cunéo; et deux plans séro-séreux. Ces deux plans séro-séreux prendront

largement sur les faces de l'estomac, remonteront franchement sur la petite courbure, que nous avons dépouillée de ses vaisseaux au-dessus du point de section, de façon à enfouir dans une véritable gout-

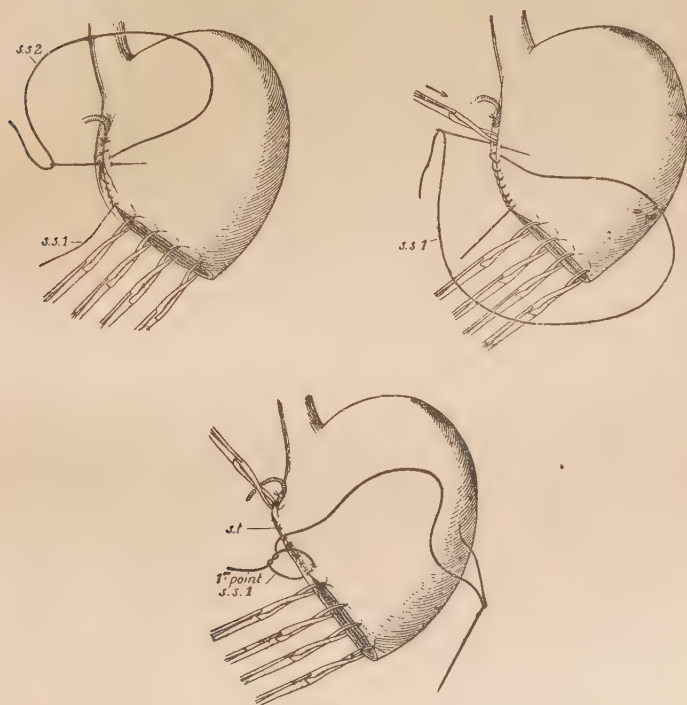


FIG. 8. — Détails de la fermeture de la partie supérieure de la brèche gastrique. Surjet total : point de Schmieden-Cuëno. Surjet séro-séreux. 2° surjet séro-séreux.

tière toute cette région de la petite courbure. Les fils terminant les surjets sont gardés pour être ultérieurement solidarisés aux surjets de la nouvelle bouche.

« Il nous paraît très important, dit SÉNÈQUE, d'en-

fouir avec une grande minutie cette région de la petite courbure qui constitue un véritable point faible et une zone dangereuse pour ceux qui ont recours à l'anastomose type Polya, sur toute l'étendue de la tranche gastrique. »

CINQUIEME TEMPS

ANASTOMOSE GASTRO-JÉJUNALE

Nous pratiquons maintenant l'anastomose gastro-jéjunale, à anse courte et anisopéristaltique.

L'anse jéjunale et la paroi postérieure de la brèche gastrique sont réunies temporairement par deux pinces de Chaput.

En commençant toujours par l'extrémité supérieure, on fait le surjet séro-séreux postérieur que l'on solidarise avec le surjet séro-séreux de la tranche gastrique, dont on conserve le fil.

Le jéjunum est ensuite ouvert (sauf si l'ancienne bouche a été conservée). Le plan séro-muqueux de la nouvelle bouche est fermé par un seul surjet. Ce surjet commence exactement sur la paroi postérieure de l'estomac, très près de l'angle supérieur de la brèche gastrique, il est solidarisé là avec le surjet total (Schmieden-Cunéo) de la fermeture du tiers supérieur de la tranche gastrique.

C'est un surjet simple sur tout son plan postérieur. A son extrémité inférieure il ressort à l'angle même de la brèche gastrique et intestinale et se continue

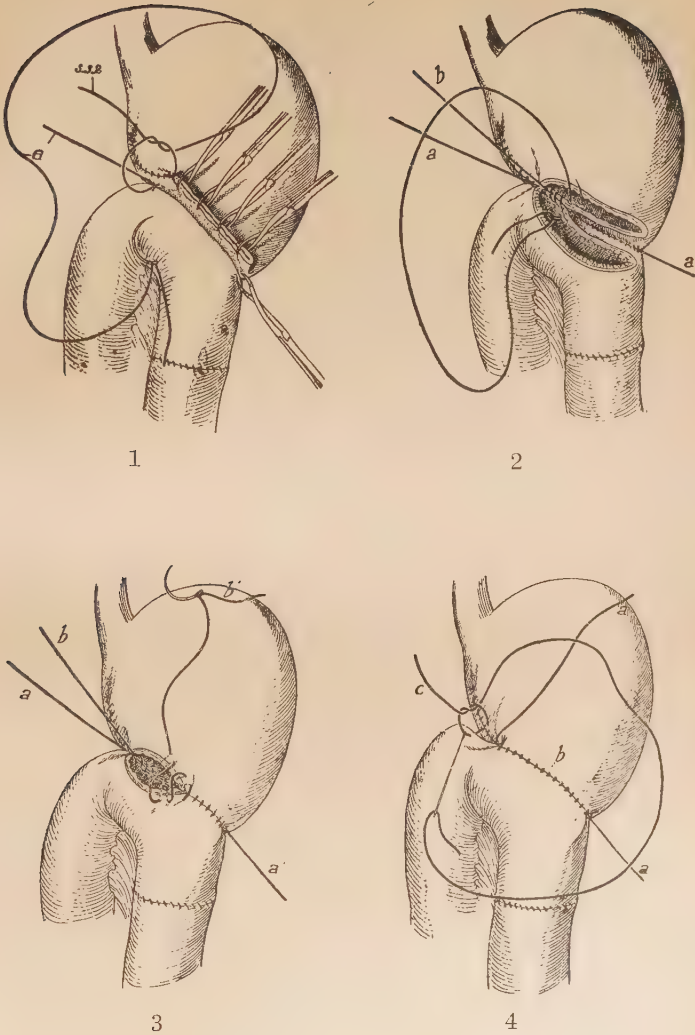


FIG. 9. — Détails de la nouvelle anastomose gastro-jéjunale ; — 1. Surjet postérieur séro-séreux ; — 2. Surjet total postérieur ; — 3. Surjet total antérieur, point de Connell ; — 4. Surjet séro-séreux antérieur.

par un surjet total antérieur au point de Connell. Arrivé à l'extrémité supérieure de la nouvelle bouche, ainsi fermée, le surjet total antérieur est solidarisé à son fil de départ.

Sans doute ce point de Connell a été critiqué par de nombreux auteurs. ROBINEAU le trouve franchement mauvais, il serait responsable de lésions analogues à l'écrasement : œdème, congestion, infection. DUBOURG a constaté chez le chien de véritables dislocations tissulaires, des ulcérations en surface, de la nécrose des muscles. Malgré ces critiques graves le point de Connell est resté employé par de nombreux chirurgiens français et étrangers : de MARTEL l'employait toujours dans ses sutures; SÉNÈQUE l'a pratiqué dans plus de trois cents gastrectomies, il n'a jamais pu lui imputer aucun accident secondaire.

Il importe sans doute de le faire minutieusement : l'aiguille doit piquer à 2 mm. de la tranche de section et le décalage entre chaque point doit faire un chevauchement régulier d'une paroi à l'autre.

Dans ces conditions « on constate, dit PAUCHET, que la tranche fait saillie à l'intérieur de l'intestin et ne peut provoquer aucune suppuration, ni inclure une tranche muqueuse susceptible entre deux plans. La muqueuse fait la moue dans la cavité digestive. »

Il permet, dit SÉNÈQUE, de ramener très exactement la longueur des brèches gastrique et intestinale à des dimensions identiques dans le cas où il y aurait une légère inégalité.

Il ne reste plus qu'à pratiquer le dernier surjet séro-séreux antérieur; nous le commençons haut sur la petite courbure, pour éviter le reflux du bol alimentaire dans le duodénum et nous le solidarisons au passage au surjet séro-séreux.

SIXIEME TEMPS

FIXATION DE LA BOUCHE

Le jéjunum est alors descendu sous le mésocolon, et la bouche est fixée à la brèche mésocolique, par trois ou quatre points séparés antérieurs et postérieurs, faits au fil de lin.

Il est parfois, du reste, nécessaire de réduire l'orifice de cette brèche par quelques points isolés sur le mésocolon, avant de fixer l'estomac à son pourtour.

La compresse laissée au contact du duodénum est retirée et l'hémostase est vérifiée.

L'intervention est terminée en plaçant un petit drain dans la région sous-hépatique.

La paroi est fermée en trois plans : surjet de catgut sur le péritoine; crins perdus sur la gaine des muscles droits (sauf naturellement au contact du drain).

Il nous est arrivé parfois de laisser une petite mèche au contact du pancréas en cas d'ulcère duodénal calleux pénétrant dans le pancréas.

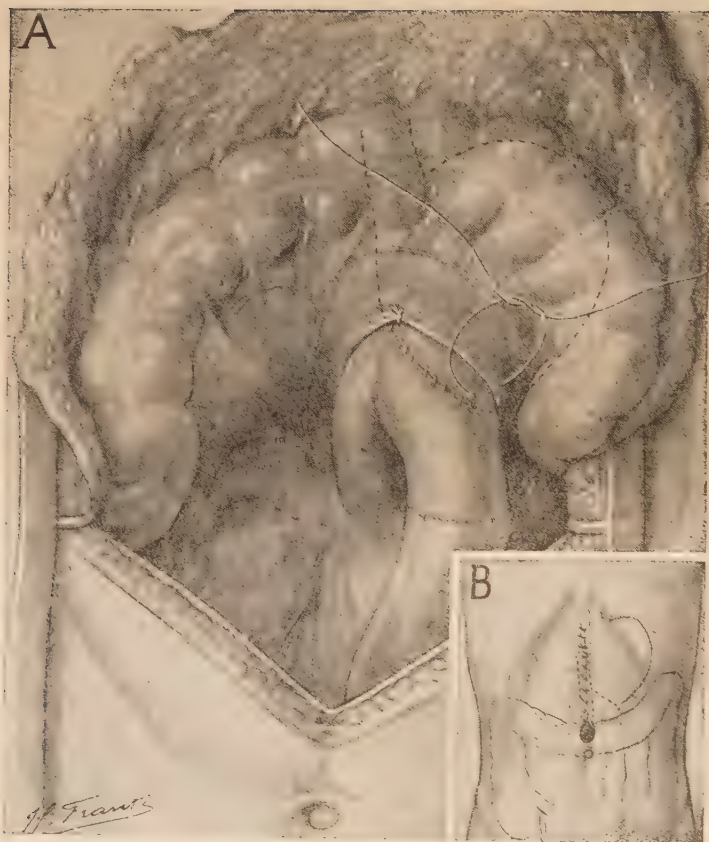


FIG. 10. — A, Fixation sous mésocolique de l'estomac ; —
B, Drain sous-hépatique et suture pariétiale.

SOINS POST-OPERATOIRES

Les suites opératoires de cette intervention sont en général assez simples. Les soins post-opératoires seront les mêmes que pour une gastrectomie habituelle.

Dans les quarante-huit premières heures qui suivent l'intervention, le malade reste demi assis dans son lit et reçoit, outre les stimulants habituels de l'état général, deux fois 500 cm. de sérum physiologique sous la peau, et 1 litre de sérum rectal. Ce qui diminue énormément la sensation de soif que présentent ces opérés.

La diète est totale pendant 48 heures, et nous permettons juste les lavages de bouche.

Le drain est enlevé le troisième jour et l'alimentation liquide puis solide reprise progressivement à cette date.

En général, les suites opératoires sont très simples, nos malades se lèvent du 8^e au 12^e jour et peuvent sortir le 15^e jour qui suit l'intervention.

Bien que rares, des complications pulmonaires post-opératoires peuvent survenir. Nous les traitons par les moyens habituels : révulsions, désinfectants pulmonaires et sulfamides.

Nous rappellerons les différents troubles digestifs que l'on peut rencontrer.

Les troubles digestifs au moment de la reprise de l'alimentation peuvent être précoces ou tardifs; et

pour la plupart peuvent être considérés comme la traduction des changements moteurs dont l'estomac et l'intestin sont le siège.

Parmi ces troubles précoces, il est exceptionnel que ces malades, vers le 2^e ou 3^e jour, aient des nausées, des vomissements mélangés de sang noir. Il s'agit là de sang épanché au cours de l'intervention, et ces troubles cèdent facilement à un ou deux lavages de l'estomac.

D'autres fois, du 6^e au 10^e jour, au moment de la reprise plus franche de l'alimentation, les malades présentent une diarrhée importante. Il suffira pour calmer ces troubles passagers de mettre les malades à la diète hydrique pendant 48 heures.

Plus rarement, du 4^e au 8^e jour l'atonie gastrique post-opératoire va réaliser le tableau d'une sténose avec intolérance digestive, vomissements, ballonnement et atteinte de l'état général. C'est une complication grave si elle est négligée. Sans retard il sera bon de traiter médicalement ces malades par des lavages d'estomac uni ou bi-quotidiens, des antispasmodiques associés aux injections de sérum salé hypertonique qui les amélioreront rapidement.

Les troubles tardifs se voient surtout du 3^e au 6^e mois ; ils constituent ce que l'on a très justement appelé le syndrome du petit estomac.

Les opérés se plaignent de troubles digestifs sous forme de pesanteur, de tension post-prandiale, de ballonnement, de digestions paresseuses. Ces troubles sont en général plus marqués après un repas copieux

et s'amendent si les opérés se mettent au régime des petits repas répétés.

D'autres fois il s'agit d'une sensation de faim qui survient soit immédiatement, soit 1 à 2 heures après les repas; ces troubles ne sont que rarement pénibles et cèdent facilement au traitement médical.

« Quoiqu'il en soit, dit SÉNÈQUE, les troubles dyspeptiques toujours légers et généralement passagers sont loin de pouvoir contrebalancer les bons résultats cliniques et fonctionnels des gastrectomies. »

Les résultats opératoires ont été les suivants :

Sur 17 interventions, 15 guérisons et 2 décès. Un de nos malades est mort le septième jour, présentant un tableau de toxi-infection générale. L'autre est décédé par shock, deux heures après l'intervention. Dans ce dernier cas, nous avons fait l'erreur de méconnaître une hernie des anses grêles à travers le mésocolon, jusqu'à la fin de la gastrectomie. Si nous avions reconnu plus tôt cette disposition nous n'aurions pas fait cette gastrectomie.

En somme notre mortalité s'élève à 12 % ; il est cependant légitime d'espérer beaucoup mieux, car la recherche systématique par les consultations de gastro-entérologie de ces malades qui continuent à souffrir, les progrès techniques de la radiographie et de la radioscopie doivent de plus en plus permettre de faire des diagnostics précis et tôt établis qui doivent faire de la gastrectomie toujours nécessaire une intervention plus facile et de gravité moindre.

OBSERVATIONS

Groupe A. — Malades ayant eu leur gastro-entérostomie
pour ulcus gastrique

a) Dans les 6 observations qui suivent un ulcus gastrique fut retrouvé à la réintervention.

OBS. 1. — C... A..., 38 ans, modeleur

Histoire de la maladie. — En 1920, le malade a été opéré d'un ulcère pylorique. On lui fait une gastro-entérostomie.

Il reste 12 ans sans souffrir; il présente seulement pendant cette période des troubles digestifs discrets, marqués surtout par des vomissements tardifs, alimentaires, survenant 4 heures après les repas, à intervalles éloignés.

Depuis un an, les douleurs sont réapparues, très vives à type de crampes, de torsion. Leur horaire est variable, elles surviennent en règle 3 à 4 heures après les repas.

Elles évoluent par périodes de 10 à 15 jours alternant avec des périodes d'accalmies.

Examen. — Sensibilité généralisée à tout l'abdomen. Aire de sonorité stomacale considérablement augmentée.

Radioscopie. — Poche gastrique verticale en forme d'aubergine, passages gastro-jéjunaux normaux; légère

sensibilité de la région opératoire ou le jéjunum est un peu élargi et fixé, mais sans signes de lésion active.

Petit diverticule para-gastrique.

Adhérences du grêle dans la région du carrefour sous-hépatique. Les anses intestinales y sont très élargies et enroulées.

Réintervention le 25 août 1933. — Ether. Libération mésocolique. Section et fermeture du duodénum. Gastro-entérostomie à anse longue et à gauche. Persistance de l'ulcère de la petite courbure. Séparation gastro-jéjunale et fermeture longitudinale du jéjunum en deux plans.

Finsterer, et rétablissement de la continuité gastro-jéjunale en amont de l'ancienne bouche sur le jéjunum. Drain ; paroi : crins perdus.

Laboratoire. — A l'ouverture de la pièce, on constate l'existence d'un ulcère calleux de la petite courbure ayant les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50.

Suites opératoires. — Dès le soir de l'intervention, la température monte à 40°. Pouls rapide. Le malade meurt le septième jour, présentant un tableau clinique d'infection générale.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBS. 2. — C... L., 48 ans

Histoire de la maladie. — En mai 1929, le malade subit une gastro-entérostomie postérieure pour un ulcère de la petite courbure.

Le malade souffre de nouveau un an après cette intervention.

Les douleurs reprennent les mêmes caractères qu'elles avaient avant l'intervention.

Survenant une heure après chaque repas, elles sont violentes et se terminent souvent par des vomissements alimentaires qui calment ces douleurs.

L'état général est altéré, le malade maigrit de plusieurs kilos.

Radioscopie. — L'estomac est extrêmement distendu et présente une hypotonie considérable.

Le temps d'évacuation est allongé.

La bouche fonctionne très irrégulièrement et l'évacuation se fait aussi bien par la voie pyloro-duodénale.

Réintervention, le 10 octobre 1934 : Ether. Libération mésocolique. Il existe de nombreuses adhérences très étendues sous-mésocoliques, particulièrement sur le jéjunum à son origine. Gastro-entérostomie à anse longue et à gauche. Séparation gastro-jéjunale. Fermeture longitudinale du jéjunum. Section et fermeture du duodénum. Finsterer. Rétablissement de la continuité gastro-jéjunale en amont de l'ancienne bouche, sur le jéjunum. Drain; paroi : crins perdus.

Laboratoire. — Présence de 5 petits ulcères dont un assez discret dans la région de la petite courbure.

Au microscope, ulcération de la muqueuse gastrique en un point limité.

Pas de réactions inflammatoires appréciables de la muqueuse gastrique alentour.

Pas d'aspect de malignité.

Suites opératoires. — Au troisième jour de l'opération, la température revient à la normale. Le drain est retiré le quatrième jour. Le malade sort le seizième jour.

OBS. 3. — T... A., 64 ans

Histoire de la maladie. — Le malade a commencé à souffrir en 1920.

Les douleurs surviennent une à deux heures après les repas; le malade ne présente ni vomissements, ni hémorragies.

Elles se calment spontanément sans traitement; elles évoluent par crises séparées par de longues périodes d'accalmies.

En 1930, le malade est opéré à Saint-Antoine d'un ulcère de la petite courbure. Il subit une gastro-entérostomie.

En avril 1935, les douleurs reprennent à type de crampes, de brûlures; le malade n'a ni vomissements, ni hémorragies.

Il souffre presque chaque jour et il maigrit de 4 kilos environ. Num. globulaire : G. R. 4.480.000 ; G. B. 7.000.

Réintervention le 8 juin 1935. — Chloroforme. Persistance de l'ulcère de la petite courbure. Gastro-entérostomie à anse longue et à gauche. Libération mésocolique; section et fermeture du duodénum. Fermeture de l'intestin en deux plans. L'ulcère de la petite courbure adhère au pancréas, et il est nécessaire de libérer cette adhérence au bistouri électrique. Gastrectomie type Finsterer. Rétablissement de la continuité gastro-jéjunale en amont de l'ancienne bouche sur le jéjunum. Drain; paroi: crins perdus.

Suites opératoires. — Adaptation lente, le malade présente dans les premiers jours quelques vomissements alimentaires. Température 38°2 le troisième jour, le drain est enlevé le quatrième jour.

—Le malade sort le 18^e jour.

Revu radiologiquement un an après cette intervention, l'estomac gastrectomisé fonctionne normalement ; le malade a repris son travail et ne veut plus suivre son régime.

OBS. 4. — M... A., 55 ans

Histoire de la maladie. — Le malade commence à souffrir en 1919. Le malade souffre par périodes de trois semaines suivies d'accalmies de plusieurs semaines.

En 1930, le malade présente une crise douloureuse particulièrement violente, au cours de laquelle il fait une perforation.

A l'intervention, on trouve un ulcère perforé de la petite courbure, situé près du pylore : on suture la perforation et l'on fait une gastro-entérostomie.

Pendant deux ans le malade reste guéri, mais continue à suivre un régime sévère.

En 1932, les troubles digestifs reparaissent ; pyrosis, brûlures surviennent de nouveau deux heures après les repas. Ces symptômes s'accroissent au point que le malade sélectionne de plus en plus son alimentation. Ces douleurs sont rebelles à tout traitement médical.

Radioscopie le 2 août 1935. Estomac hypertonique.

La bouche de gastro-entérostomie semble mal fonctionner ; l'évacuation très pénible se fait par la voie pyloro-duodénale.

Le bas-fond gastrique est très dilaté. Evacuation retardée, syndrome de sténose pylorique.

On voit une tache suspendue près de la petite courbure correspondant probablement à l'ancien ulcère.

Numération : G.R. 3.960.000 ; G.B. 6.000.

Réintervention le 12 août 1935. Ether. Persistance de l'ulcère de la petite courbure de la taille d'une pièce de 0 fr. 50. La bouche est très à gauche, toute petite, et à anse longue. Libération mésocolique; section et fermeture du duodénum. Libération de l'anastomose gastro-jéjunale; suture transversale de l'intestin grêle en deux plans. Gastrectomie très étendue type Finsterer, avec rétablissement de la continuité gastro-jéjunale en amont de l'ancienne bouche sur le jéjunum. Drain; paroi : crins perdus.

Laboratoire : Ulcération de la muqueuse intéressant les couches musculaires et ne présentant aucun caractère de malignité.

Suites opératoires : Le malade présente une température oscillante pendant 12 jours entre 37° et 38°. Il sort guéri le vingtième jour.

Examiné radiologiquement un mois après l'intervention : bon fonctionnement de la bouche anastomotique.

OBS. 5. — T..., 40 ans. Homme

Histoire de la maladie. — Les douleurs sont apparues vers 1933. Le malade souffre par périodes : trois ou quatre par an.

Il est opéré en 1936 d'un ulcère pénétrant de la petite courbure. On lui fait une gastro-entérostomie antérieure.

Après l'intervention, il reste quatre mois sans souffrir.

Bientôt les douleurs reprennent, d'abord périodiques puis continues.

Elles surviennent 2 à 3 heures après les repas. Le melaena est fréquent; le malade maigrit progressivement.

Radioscopie : janvier 1939. Le bas-fond est situé 3 cm. au-dessous des crêtes iliaques. Au cours de l'emplissage on note une niche située sur la petite courbure sensiblement à l'union de la portion horizontale et verticale. Le bulbe s'emplit assez bien. La bouche fonctionne, mais la baryte passe autant par le duodénum que par la bouche. Labo. : G.B. 4.960.000; G.B. 12.000.

Réintervention le 17 janvier 1939. Gastro-entérostomie pour ulcère pénétrant de la P.C., traité par gastro-entérostomie antérieure et jéjunostomie. Libération de l'anastomose gastro-jéjunale. Suture latérale du jéjunum. Fermeture du duodénum. Libération du pancréas, l'ulcère restant au fond; il faut l'ouvrir lors de la libération. Castrectomie type Finsterer. On laisse la jéjunostomie et on rétablit la continuité gastro-jéjunale en amont sur le jéjunum. Drain; paroi, crins perdus.

Suites opératoires : Ablation du drain le quatrième jour; la température n'atteint pas 38°5; le malade sort le quinzième jour suivant l'intervention.

OBS. 6. — L..., 49 ans. Homme, cuisinier

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection remonte à huit ou neuf ans. A ce moment, le malade présente des douleurs, siégeant à l'épigastre, survenant tôt après les repas et rythmées par eux. Ces douleurs sont calmées par le décubitus ventral; et souvent se terminent par des vomissements alimentaires ou bilieux. Le melaena est très fréquent.

Tous ces symptômes s'accroissent progressivement jusqu'à la première intervention chirurgicale, faite en août

1930: gastro-entérostomie trans-mésocolique. Pour ulcus de la grande courbure, face postérieure de l'estomac.

Cinq mois après cette intervention le malade recommence à souffrir ; les douleurs sont sensiblement les mêmes qu'avant l'intervention mais les vomissements sont plus fréquents et plus abondants.

Une période de repos et de régime calme ces symptômes jusqu'en janvier 1932. De janvier 1932 à décembre 1938, les périodes de douleurs et d'accalmie se succèdent avec des intervalles plus ou moins éloignés. Mais en décembre 1938 les douleurs sont si intenses qu'elles obligent le malade à rester alité; l'intolérance alimentaire est totale. Numération globulaire : G.R. 4.900.000; G.B. 7.000.

Radioscopie : 23 janvier 1939. Pas de liquide de stase; poche à air gastrique normale. Estomac de forme allongée dont le bas-fond descend environ à 5 cm. au-dessous des crêtes iliaques. La bouche anastomotique fonctionne dès le début. La partie basse de l'estomac s'emplit bien; on note quelques passages pyloro-duodénaux et quelques contractures sur l'antré. Dix minutes après l'ingestion l'évacuation se fait à la fois par la bouche et par la voie pyloro-duodénale. Légère sensibilité un peu au-dessus de la bouche et dans la région bulbaire.

Trois heures après l'ingestion, l'estomac est vide. Sur les clichés on note la persistance d'une niche à la partie moyenne de la face postérieure de l'estomac.

Réintervention le 23 janvier 1939. Gastro-entérostomie antérieure précolique à 15 cm. du pylore. Libération de l'anastomose gastro-jéjunale; résection d'une poche diverticulaire jéjunale. Fermeture transversale du jéjunum. Séparation de l'ulcus adhérent au pancréas. Nou-

velle gastro-jéjunostomie précolique en aval sur le jéjunum, et précolique car le mésocolon est rétracté en arrière. Drain; paroi; crins perdus.

Laboratoire : Il s'agit d'un ulcère rond banal, qui est séparé de la bouche de gastro-entérostomie par une zone non ulcérée, mais dans laquelle la muqueuse est le siège d'une inflammation aiguë avec une infiltration de polynucléaires très importante.

Suites opératoires : Ablation du drain le quatrième jour. La température est normale le troisième jour; le malade sort le onzième jour.

b) Dans les deux observations qui suivent on trouva à la réintervention un petit ulcère peptique du jéjunum.

OBS. 7. — J... G., 58 ans. Homme

Histoire de la maladie. — Le début en est brusque, en mars 1930, par une hémorragie très importante de sang noir et malaena. Toutefois dans les antécédents du malade on relève l'existence depuis quelques mois de troubles douloureux gastriques.

Le malade est opéré, on trouve un ulcère de la petite courbure et l'on fait une gastro-entérostomie. Après cette intervention le malade fait une pleurésie purulente qui nécessita une pleurotomie.

Le malade reprend bientôt son travail et ne suit aucun régime pendant cinq ans.

Les douleurs réapparaissent en mai 1935, obligeant le malade à reprendre son régime. Et bientôt chaque abandon de régime déclenche une nouvelle reprise des phénomènes douloureux.

En mars 1936, le malade fait une importante hématomèse de sang noir, suivie de melaena. Labo. : G.R. 3.880.000; G.B. 12.000.

Réintervention le 14 mars 1936. Ether. Libération mésocolique; section et fermeture du duodénum. L'ulcère de la petite courbure paraît cicatrisé, mais on note la présence d'un petit ulcère peptique sur le jéjunum.

Excision de l'ulcère jéjunal. La gastro-entérostomie était en bonne place avec anse courte; dans ces conditions, après avoir suturé le jéjunum en deux plans (suture longitudinale) et pratiqué une gastrectomie type Finsterer, on rétablit la continuité gastro-jéjunale en aval de l'ancienne bouche. Drain; paroi : crins perdus.

Suites opératoires : Pendant les six premiers jours qui suivent l'intervention le malade présente une température oscillante entre 38°5 et 39°.

Traitement : révulsions thoraciques et désinfectants respiratoires. La température revient à la normale le neuvième jour.

Au quinzième jour s'ouvre un petit abcès de la paroi.

Le malade sort guéri le vingt-huitième jour après son intervention.

Obs. 8. — P... E., 48 ans. Homme

Histoire de la maladie. — Opéré en 1923, le malade présentant des douleurs qui durent depuis deux ans. Ces douleurs surviennent après les repas et s'accompagnent de vomissements. On trouve à l'intervention un ulcère juxta-pylorique et l'on pratique une gastro-entérostomie.

Le malade ne souffre pas pendant deux ans.

En 1925, le malade est pris brusquement de vomissements stercoraux, il est opéré d'urgence à Vaugirard d'occlusion intestinale, on trouve à l'intervention une bride enserrant l'orifice de gastro-entérostomie. Section de la bride et fermeture en un plan.

Pendant 8 à 9 ans, le malade ne souffre plus; mais depuis 1934 des douleurs post-prandiales sont réapparues s'accompagnant de vomissements, elles surviennent une à deux heures après les repas, siègent au creux épigastrique, à droite de la ligne médiane, elles sont violentes à type de crampe et de constriction.

Le malade a présenté en outre une hémorragie importante avec état syncopal.

Radioscopie : Pas de liquide de stase; poche à air gastrique normale au début mais au cours du remplissage elle augmente de volume en raison d'un degré marqué d'aérophagie.

Remplissage atonique, pas de passage par l'ancienne bouche anastomotique.

Une demi-heure après l'ingestion, il n'y a pas de liquide d'hypersécrétion, et l'évacuation se fait par la bouche et par la voie pylorique. Le bulbe duodénal se remplit mal.

Trois heures après l'ingestion on notait encore quelques traces de baryte dans l'estomac. Rien à signaler sur les clichés. Labo. : G.R. 4.840.000; G.B. 8.000.

Réintervention le 2 juin 1936. Ether. Libération mésocolique. On ne voit plus l'ulcère duodénal. Section et fermeture du duodénum. Libération gastro-jéjunale; bouche très petite, à gauche, et à anse longue. Il existe un petit ulcère peptique sur le jéjunum; excision de l'ulcère, suture transversale du jéjunum.

Gastrectomie type Finsterer. Rétablissement de la continuité gastro-jéjunale en amont de l'ancienne bouche jéjunale fermée. Drain; paroi, crins perdus.

Laboratoire : Outre la partie ulcérée, il existe des lésions de gastrite chronique sur les fragments prélevés autour de la bouche jéjunale.

Groupe B. — Malades ayant eu leur gastro-entérostomie pour ulcère duodénal

a) Dans les trois observations qui suivent un ulcus duodénal fut retrouvé à l'intervention.

OBS. 9. — F... P. Homme, 30 ans

Histoire de la maladie. — Le malade est opéré le 29 mars 1929 d'une perforation d'ulcère duodénal. Il présentait à ce moment un syndrome ulcéreux à type de douleurs, de brûlures, survenant deux heures après les repas, auquel le malade n'avait prêté aucune attention.

A l'intervention, on pratique la suture de la perforation, et une gastro-entérostomie.

Dans les quelques mois qui ont suivi l'intervention, les douleurs réapparaissent : à type de crampes calmées un court instant par l'ingestion d'aliments, mais reprenant bientôt de plus en plus fort.

Ces douleurs surviennent par périodes de huit à dix jours, les périodes sont séparées par des phases d'accalmies, sans rapport avec la thérapeutique. Cet état dure trois ans avec des accalmies allant jusqu'à dix-huit mois.

Brusquement, le 11 octobre 1935, au cours de son travail, le malade est pris d'un vomissement de sang noir

et pur, et le malade présente dans les heures qui suivent une selle noirâtre.

Degré d'anémie : 2.320.000.

Radioscopie le 23 octobre 1935. — Poche à air gastrique normale. Estomac en forme de corne d'abondance, s'évacuant de suite par la bouche anastomotique et par la voie pyloro-duodénale. L'antre se dilate ainsi que le bulbe lors des premiers passages.

Pas de sensibilité au niveau de la bouche, ni au niveau du bulbe. Les premières anses grêles sont un peu plus dilatées que normalement.

Une heure après l'ingestion on note la présence d'une petite quantité de liquide d'hypersécrétion; l'évacuation gastrique est presque achevée.

Réintervention le 21 novembre 1935. — Ether. Libération mésocolique. Persistance de l'ancien ulcère duodénal. Adhérences de DI. à la face intérieure du foie. Libération gastro-jéjunale. Section et fermeture du duodénum. Gastro-entérostomie à anse longue et à gauche. Fermeture de la bouche jéjunale par un surjet transversal en deux plans. Petit pancréas accessoire sur le jéjunum; ablation.

Gastrectomie type Finsterer, avec rétablissement de la continuité gastro-jéjunale en amont de l'ancienne bouche.

Suites opératoires. — Maximum de température le troisième jour : 38°8. Drain oté le quatrième jour; le malade sort le treizième jour.

OBS. 10. — R... J.-M., 54 ans. Homme

Histoire clinique. — Le malade, âgé de 55 ans, entre dans le service le 16 octobre 1937. Le début de la maladie remonte à 1919, vers cette époque le malade a commencé à souffrir. Ces douleurs se sont progressivement accentuées jusqu'en 1931, époque à laquelle il vient consulter à l'Hôtel-Dieu présentant des douleurs périodiques, dans la journée et dans le temps, localisées à la région épigastrique, irradiant dans le dos en ceinture. Le malade n'a jamais eu ni vomissements ni hématomèses.

L'amaigrissement est considérable et se chiffre à dix kilos environ.

Le malade est opéré le 7 novembre 1932 et subit une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal.

Il est revu le 5 décembre 1932; il se sent faible et ne reprend pas de poids.

Radioscopie le 19 décembre 1932. — La bouche anastomotique ne fonctionne pas de suite, de nombreux passages se font par le pylore, le bulbe est douloureux.

Au bout de quelques temps on voit s'esquisser un passage mince par la bouche anastomotique. Celle-ci est déclive, mais très éloignée du pylore. L'estomac s'évacue très lentement; cinq heures après l'ingestion il est à peu près vide, et l'on voit sur le bulbe duodénal une encoche très nette et persistante.

Cependant le malade continue à souffrir jusqu'en 1937, date à laquelle il présente un melaena important.

Un nouvel examen radioscopique montre la persistance de l'ulcère du bulbe.

Labo. : G.R. 4.300.000; G.B. 11.500.

Réintervention le 26 octobre 1937. — Anesthésie locale. Libération mésocolique; persistance de l'ulcère du bulbe.

Section et fermeture du duodénum. La gastro-entérostomie est à anse courte. Séparation gastro-jéjunale. La bouche jéjunale est conservée.

Gastrectomie type Finsterer. Rétablissement de la continuité gastro-jéjunale en utilisant l'ancienne bouche jéjunale. Drain; paroi, crins perdus.

Suites opératoires. — La température atteint 38° le troisième jour. Le drain est retiré le quatrième jour; le malade sort le quatorzième jour.

Obs. 11. — B... J., 46 ans. Homme, terrassier

Histoire de la maladie. — En 1936, apparaissent des crises gastriques avec brûlures et torsion survenant deux heures après les repas, calmées par les vomissements et les alcalins. Le malade n'a jamais eu d'hématémèses. Il subit une gastro-entérostomie à Boucicaut en 1938, pour ulcère duodénal.

En janvier 1940, les crises douloureuses pour lesquelles le malade avait été opéré sont réapparues. Il s'agit des mêmes douleurs à type de torsion, rythmées par les repas, peu calmées par un traitement médical.

Radioscopie le 12 août 1940. — Dès le début du remplissage, passage de la bouillie par la bouche de gastro-entérostomie. Passage rapide, orifice paraissant irrégulier; la partie voisine de l'estomac paraît dénuée de souplesse.

Douleur à la pression, à la hauteur de la zone d'aboutissement gastro-intestinale.

Aucun passage par le bulbe. Image anormale au-dessous de la bouche stomacale.

Réintervention en août 1940. — Ether. Libération mésocolique. Persistance de l'ulcère à la face antérieure

du bulbe. Section et fermeture du duodénum. Séparation gastro-jéjunale : anse de longueur normale que l'on conserve pour l'anastomose de l'estomac. Gastrectomie type Finsterer. Drain; paroi, crins perdus. Labo.: G.R. 4.680.000; G.B. 9.000.

Suites opératoires. — Le train est enlevé le troisième jour; le malade sort de l'hôpital le dix-septième jour.

b) Dans les deux observations qui suivent une gastrite chronique fut trouvée à l'intervention.

OBS. 12. — M... P. Femme, 27 ans

Histoire de la maladie. — La malade, âgée de 27 ans, a été opérée le 19 mars 1931 pour un ulcère de la première portion duodénale; on lui a fait une gastro-entérostomie postérieure.

La malade souffrait depuis plusieurs années deux ou trois heures après ses repas. Ces douleurs s'accompagnaient souvent de vomissements alimentaires.

En août 1932, les douleurs reprennent brutalement, simulant une intoxication alimentaire. Depuis cette époque, la malade continue à souffrir avec des périodes de crises douloureuses coupées de phases d'accalmie complète. En février 1935, elle vient consulter, en raison de l'aggravation de son état général. Elle est très amaigrie et reçoit chaque jour du sérum glucosé sous-cutané.

Radioscopie le 15 décembre 1936. — Pas de liquide de stase. Le bas-fond gastrique descend à hauteur des crêtes iliaques.

L'évacuation gastrique se fait au cours même de l'emplissage, par la bouche anastomotique qui fonctionne dès le début.

L'antre pylorique se dilate mal; le bulbe duodénal s'emplit mal également.

Au bout de dix minutes on ne note que quelques rares passages par la voie pylorique, par contre la bouche fonctionne toujours parfaitement. Douleur au palper de la région pylorique.

Sur les clichés: bulbe irrégulier. Labo.: G.R. 3.440.000.

Réintervention le 3 mars 1936. — Protoxite d'azote. Libération mésocolique. On ne voit plus d'ulcère sur le duodénum. Section et fermeture du duodénum. Gastro-entérostomie à anse longue et à gauche (7 cm. du pylore). Dégastró-entérostomie; suture de l'intestin grêle en deux plans transversalement.

Gastrectomie type Finsterer, avec rétablissement de la continuité gastro-jéjunale en amont de l'ancienne bouche. Labo.: examen de l'estomac, gastrite chronique.

Suites opératoires. — 38°2 maximum de température. Drain enlevé le troisième jour.

Le malade sort le douzième jour.

OBS. 13. — C... P., 43 ans. Homme

Histoire de la maladie. — Le malade a subi en 1925 une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal, caractérisé par un syndrome ulcéreux apparu depuis deux ou trois ans, et évoluant par périodes douloureuses avec alternatives de rémissions complètes.

Le malade reste bien portant pendant douze ans, mais en 1937 il est opéré d'urgence pour un syndrome abdominal aigu avec température à 39° ressemblant à une perforation d'ulcère. A l'intervention on voit un duodénum rouge, et l'on trouve du pus dans l'arrière cavité des épiploons, mais on ne trouve pas de perforation. Mèche et drain.

En juin 1937, le malade vient consulter à nouveau pour des vomissements; une radioscopie montre alors :

Radioscopie. — Traces de liquide à jeun, estomac hypotonique. Le bas-fond gastrique est très dilaté et descend aux crêtes iliaques. On ne note pas d'images anormales au niveau de la petite courbure, mais l'antrum pylorique s'injecte mal et résiste aux contractions de l'estomac.

Une heure après on note l'existence de violentes contractions de l'estomac, le pylore ne se laisse que peu forcer; seules trois ou quatre anses grêles sont injectées.

Trois heures après il reste la presque totalité du repas baryté dans l'estomac : en somme, syndrome de sténose pylorique.

Réintervention le 30 juin 1937. — Libération mésocolique; on ne voit pas traces d'ulcère duodénal, mais de nombreuses adhérences épiploïques qui enserrant et étranglent la région pylorique. Section et fermeture du duodénum.

La gastro-entérostomie est toute petite à anse longue et à gauche. Séparation de l'estomac et du jéjunum. On garde la bouche jéjunale.

Gastrectomie type Finsterer. Rétablissement de la continuité gastro-jéjunale en utilisant l'ancienne bouche jéjunale que l'on agrandit en amont. Drain; paroi, crins perdus.

Laboratoire. — A l'ouverture de la pièce, on peut se rendre compte que la bouche de gastro-entérostomie qui ne mesurait que 3 cm. était complètement fermée. Microscopiquement : gastrite chronique.

Suites opératoires. — Maximum de température le troisième jour : 38°9. Drain enlevé le troisième jour.

Le malade sort le seizième jour.

c) Dans les deux observations qui suivent il fut retrouvé un ulcère de l'estomac sans traces de l'ulcère du duodénum.

OBS. 14. — G... M., 36 ans

Histoire de la maladie. — Le malade a été opéré en 1933 d'un ulcère duodénal perforé.

Il sort guéri de l'hôpital mais les douleurs gastriques réapparaissent en octobre de la même année.

Ces douleurs présentent les mêmes caractères qu'avant l'intervention : elles siègent au creux épigastrique, et se généralisent à tout l'abdomen. C'est une sensation de constriction, de déchirement.

Ces douleurs sont surtout violentes la nuit. Elles se terminent très souvent par des vomissements, et elles évoluent par périodes.

Le malade a présenté une fois du melaena.

Laboratoire. — G.R. 3.000.000; G.B. 7.000.

Radioscopie. — Très mauvais fonctionnement de la bouche. L'estomac est dilaté et l'on note une injection massive de l'anse jéjunale afférente.

Réintervention le 16 octobre 1934. — Chloroforme. Libération mésocolique. On ne voit plus trace ni de l'ulcère duodénal ancien ni de la zone suturée. Section et fermeture du duodénum. Gastro-entérostomie à anse longue et à gauche. Séparation gastro-jéjunale; l'anse afférente est très dilatée. Suture longitudinale du jéjunum en deux plans. Gastrectomie type Finsterer avec rétablissement de la continuité gastro-jéjunale en amont de l'ancienne bouche. Drain; paroi, crins perdus.

Laboratoire. — A l'ouverture de la pièce, on trouve une zone suspecte sur la petite courbure, qui est envoyée

au laboratoire. Microscope : petit ulcère très limité intéressant la muqueuse sans la dépasser.

Suites opératoires. — Complication pulmonaire le douzième jour de l'intervention; le malade sort guéri après un mois d'hospitalisation.

OBS. 15. — V... J., 65 ans. Homme

Histoire de la maladie. — En 1931, après un épisode douloureux violent où le malade présente des douleurs gastriques rythmées par les repas et suivies de vomissements, le malade est opéré et on lui fait une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. C. R. O. Ulcère duodénal infiltrant les tissus environnants adhérent au pancréas et à la vésicule, ulcère type calleux.

Après l'intervention le malade reste bien portant jusqu'en 1934, date à laquelle il vient consulter pour de vagues douleurs qui se trouvent améliorées pendant trois mois par un traitement médical.

Le malade suit son traitement pendant quatre ans et les périodes de douleurs alternent avec les périodes d'accalmies.

A son entrée le malade présente des douleurs particulièrement fortes, continues, même la nuit, sourdes ou violentes, à type de tiraillement ou de torsion, siégeant à la région épigastrique, ligne médiane, trois centimètres au-dessus de l'ombilic.

Les vomissements sont rares, mais le malade présente une constipation rebelle.

Radioscopie du 21 mars 1938. — Il existe une petite quantité de liquide dans l'estomac à jeun. Estomac fortement hypotonique, dont le bas-fond descend à 9 cm. au-dessous des crêtes iliaques. Pas d'images lacunaires nettes au niveau de l'image gastrique. Les contractions

sont irrégulières; à certains moments, on note quelques violentes ondes péristaltiques. Les passages pyloro-duodénaux sont peu abondants. Le bulbe duodéal s'emplit mal. L'évacuation est nettement retardée.

Une demi-heure après l'ingestion, forte quantité de liquide d'hypersécrétion. L'estomac paraît déformé en cuvette, on ne note aucun passage ni aucune contraction.

Trois heures après l'ingestion, les trois quarts du repas sont encore dans l'estomac. Vingt-quatre heures après la gélobarine atteint le colon ascendant. Laboratoire : G.R. 4.680.000; G.B. 6.000.

Réintervention le 4 août 1938. — Ether. Libération mésocolique. Il existe un ulcère calleux sur la partie gastrique de la bouche de gastro-entérostomie.

Gastro-entérostomie à anse longue et à gauche. Section et fermeture du duodénum. Suture longitudinale du jéjunum en deux plans après séparation gastro-jéjunale.

Gastrectomie type Finsterer avec rétablissement de la continuité gastro-jéjunale en amont de l'ancienne bouche. Drain; paroi, crins perdus.

Suites opératoires. — Le drain est retiré le troisième jour. Le malade sort le quatorzième jour.

d) Observation d'un malade ayant fait une hernie de ses anses grêles à travers sa brèche mésocolique.

OBS. 16. — C... F., 62 ans. Homme

Histoire de la maladie. — Le malade a subi une gastro-entérostomie pour ulcère duodéal. Il revient consulter pour des douleurs avec vomissements, et l'on note à

l'examen radioscopique un mauvais fonctionnement de la bouche.

Réintervention le 26 juillet 1935. — On trouve immédiatement l'anastomose gastro-jéjunale qui est libre. Suture et fermeture du duodénum. On ne voit pas d'ulcère. Gastro-entérostomie à anse longue et à gauche. Isolement gastro-jéjunal. Fermeture longitudinale en deux plans.

Gastrectomie type Finsterer en rétablissant la continuité jéjunale en amont de l'ancienne bouche.

L'opération terminée, on s'aperçoit que tout l'intestin grêle jusqu'à l'angle iléo-cœcal est passé à travers la brèche mésocolique et tombe ensuite au devant du méso-colon transverse.

On essaie alors de faire repasser l'intestin grêle à travers l'ancienne bouche mésocolique, et l'on est arrêté au bout d'un instant, car le grêle se fixe au fond du petit bassin.

En tentant de le libérer on s'aperçoit que les adhérences deviennent de plus en plus nombreuses; il existe une zone d'inflammation avec abcès putride entre les deux anses grêles.

Mèches drain. Fermeture au fil de bronze.

Tout ce dernier temps de l'intervention a été très pénible et le malade meurt de shock opératoire deux heures après.

Laboratoire. — G.R. 4.640.000; G.B. 17.000. Coupes : estomac normal. Duodénum : infiltration inflammatoire sous-péritonéale.

e) Observation d'un malade qui avait été opéré d'un syndrome pylorique secondaire à des adhérences duodéno-vésiculaires.

OBS. 17. — F... P., 35 ans. Homme

Histoire de la maladie. — Le malade, âgé de 36 ans, entre dans le service pour un syndrome douloureux gastrique accompagné de troubles digestifs.

Depuis dix ans le malade souffre continuellement. Ces douleurs sont vagues à type de pesanteur et siègent à l'épigastre; elles irradient en ceinture dans le dos.

Une radiographie faite en 1933 montre un estomac ptosé, dilaté, avec un retard marqué à l'évacuation, et l'on remarque des signes de sténose duodénale.

En 1933, une gastro-entérostomie est pratiquée, et l'on trouve à l'intervention de nombreuses adhérences vésiculaires et duodénales, sans ulcère.

Pendant dix-huit mois le malade est soulagé; toutefois cette amélioration n'est que passagère et devant l'importance de l'altération de son état général, le malade est hospitalisé le 23 septembre 1937.

Radioscopie. — Syndrome de stase gastrique.

Réintervention le 30 septembre 1937. — Schleich. Libération mésocolique. Section et fermeture du duodénum. Gastro-entérostomie à anse longue et à gauche. Séparation gastro-jéjunale, fermeture longitudinale et suture du jéjunum en deux plans.

Gastrectomie type Finsterer, nombreuses adhérences.

Rétablissement de la continuité gastro-jéjunale en amont de l'ancienne bouche. Drain; paroi, crins perdus.

Laboratoire. — Inflammation chronique de la muqueuse. Nombreuses images de thromboses vasculaires.

Suites opératoires. — La température oscille pendant dix jours entre 37°4 et 38°5 pour être ensuite normale. Le drain est retiré le quatrième jour; le malade sort le seizième jour.

CONCLUSIONS

1° Dans les échecs de la gastro-entérostomie, la gastrite chronique, la gastro-jéjunite de la bouche, la reprise d'évolution ulcéreuse, l'ulcère peptique du jéjunum obligeront souvent à réintervenir.

2° Ces complications relèvent toutes du traitement chirurgical, et il est inutile de s'attarder au traitement médical lorsque l'état général du malade permet de supporter une réintervention.

3° La cause des échecs de la gastro-entérostomie ne paraît pas toujours évidente, mais nous sommes frappés par le fait que dans 85 % des cas environ, la bouche de gastro-entérostomie se trouve en mauvaise position : trop à gauche sur l'estomac, et trop loin sur l'intestin grêle.

4° Les gastrectomies secondaires sont toujours des interventions délicates. Lorsque ces réinterventions sont précoces, le traitement de l'anse jéjunale, dans la majorité des cas, peut être conservateur. Dans nos

17 observations la résection intestinale n'a pas été pratiquée, ce qui simplifie grandement l'intervention.

5° Dans le laps de temps où nous avons suivi nos malades, la gastrectomie paraît avoir fait cesser tous les troubles.

VU : *Le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de la Thèse,*

H. MONDOR.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Directeur de l'Ecole Normale Supérieure
chargé des fonctions de Recteur
de l'Académie de Paris,*

CARCOPINO.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Quinze cas d'ulcus peptique post-opératoire (40^e Congrès français de chirurgie.)
- Bouche de gastro-entérostomie en amont. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 27 mars 1935.)
- ADRIANOPOULOS. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère duodénal. (*Thèse Paris*, 1937.)
- ARNAUD. — Des ulcus peptiques post-opératoires. Pathogénie et traitement. (40^e Congrès français de chirurgie.)
- BÉRARD et DESJACQUES. — A propos de l'ulcus peptique post-opératoire. Suites éloignées des interventions pour ulcus duodénal. (40^e Congrès français de chirurgie.)
- DELORE et MONNIER. — Plaies de l'artère colique moyenne. (*Presse Médicale*, janvier 1931.)
- DENIS. — Gastrectomies pour gastro-entéroanastomose. (*Lyon Chirurgical*, t. 34, n° 4.)
- Au sujet de la réaction pour exclusion dans le traitement de l'ulcère du duodénum. (*Lyon Chirurgical*, t. 35, n° 2.)
- DUVAL. — La gastrectomie, opération bénigne. (Technique de Hans Finsterer, Maloine 1939.)
- DUVAL, ROUX, BÉCLÈRE. — Atlas radiologique.
- FINSTERER. — Sur les avantages de l'anesthésie locale. (*Bulletin de l'Académie de Chirurgie*, mai 1933.)

- GOSSET. — Traitement de l'ulcère peptique post-opératoire. (XL^e Congrès de chirurgie, Paris, 1931.)
— Technique chirurgicale. (Masson, 1936.)
- GUTMANN. — Les syndromes douloureux de la région épigastrique. (Doin, 1934.)
— Les complications de la gastro-entérostomie. (*Journal de Médecine de Paris*, mai 1932.)
- HARTMANN. — Des conditions nécessaires pour obtenir de bons résultats après les gastro-entérostomies. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1930, n^o 85.)
- HAYON. — Ulcus peptique du jéjunum. (*Thèse Paris*, 1929.)
- HERTZ. — Le rôle du vague dans les complications pulmonaires après les interventions gastriques. (*Thèse Paris*, 1937.)
- JUDINE. — Avantages de l'anesthésie locale. (*Lyon Chirurgical*, déc. 1930.)
- KUMMER. — Ulcères post-opératoires. (40^e Congrès de chirurgie.)
- LERICHE. — Pathologie de l'ulcère peptique post-opératoire. (Rapport au 40^e Congrès de chirurgie.)
- LOEWY (A.). — A propos de cinq observations de fistules gastro-jéjuno-coliques. Opération en deux temps. Technique chirurgicale. (*Journal de chirurgie*, 1939, t. 53.)
- MORENO-TINAIERO. — Les ulcères peptiques après gastrectomie. (*Thèse de Paris*, 1937.)
- MOURE et ORSONI. — Le fonctionnement de la bouche après gastrectomie par section horizontale. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, nov. 1938.)

PAUCHET. — Complications éloignées de la gastro-entérostomie. (*Pratique chirurgicale illustrée*, f. VII, 1925.)

— Gastrectomies pour ulcères jéjunaux. (*Pratique chirurgicale illustrée*, f. XVIII, 1932.)

QUERVAIN (DE). — Ulcères post-opératoires. (40° Congrès de chirurgie.)

REYNALDO DOS SANTOS. — Ulcères peptiques post-opératoires. (40° Congrès de chirurgie.)

ROBINEAU. — Les sutures. (*Journal International de chirurgie*, t. I, 1936.)

ROCHET et SALVY. — Quelques réflexions sur les suites cliniques et radiologiques des gastrectomies pour ulcères. (*Lyon Chirurgical*, 1938.)

SANTY et SOUSTELLE. — Les gastrectomies pour échecs de la gastro-entérostomie dans les ulcères de l'estomac. (*Lyon Chirurgical*, t. 34, août 1937.)

SÉNÈQUE et MARX. — L'estomac après gastrectomie. (*Journal de chirurgie*, t. 47.)

SÉNÈQUE. — Réflexions à propos de 133 gastrectomies. 6 % de mortalité opératoire. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, février 1937.)

— Quelques cas de gastro-entérostomie traités par dé-gastro-entérostomie et gastrectomie en un temps. (*Journal de Chirurgie*, janvier 1939.)

SUSSI. — 17 cas d'ulcus peptique du jéjunum après gastro-entérostomie. (40° Congrès de Chirurgie.)

TIERNY. — Ulcère jéjunal post-opératoire. (*Thèse Paris*, 1925.)

TIXIER et CORAJOD. — Fistule gastro-jéjuno-colique par ulcère peptique après gastro-entérostomie. (Société de Chirurgie de Lyon, *Lyon Chirurgical*, t. 35, n° 1.)

VAUCLIN. — Gastrectomie après gastro-entérostomie pour ulcère. Contribution à l'étude technique. (*Thèse Paris*, 1939.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
INDICATIONS OPÉRATOIRES	17
Classification des observations	17
Etude clinique	21
Etude radiologique	24
Dédutions chirurgicales	30
TECHNIQUES OPÉRATOIRES	35
Difficultés de l'intervention	35
Soins pré-opératoires	38
Intervention	40
Soins post-opératoires	61
OBSERVATIONS	65
Groupe A. — Malades ayant eu leur gastro-entérostomie pour uleus gastrique	65
Groupe B. — Malades ayant eu leur gastro-entérostomie pour ulcère duodénal	76
CONCLUSIONS	89
BIBLIOGRAPHIE	91

